Oct. Ieniștea

Dificultăți emoționale la TINERI

Editura medicală

Scanned with OKEN Scanner

Oct. Ieniștea

doctor în medicină

Dificultăți emoționale la TINERI

Editura medicală

București, 1983

Scanned with OKEN Scanner

Redactor de carte: dr. MARIANA BERBECARU
Tehnoredactor: MARILENA TOMESCU

Bun de tipar: 19.X.1982
Formatul: 16/70 × 100
Hîrtie: scris I A 70 × 100/56
Coli de tipar: 14½

Tiparul executat la I. P. Sibiu

Cuprins

Cuvînt înainte 9

Partea întîi

Introducere

Particularităţile biologice şi psihologice imprimate tinerelor generaţii de contemporaneitate 13
Fenomenul de accelerare a creşterii şi dezvoltării somatice 15
Adolescenţa, etapă fundamentală în cadrul procesului de maturizare a personalităţii 16
Factori de risc adaptativ atribuiţi contemporaneităţii 29
Date referitoare la morbiditatea tinerelor şcolar şi universitar contemporan 35
Implicaţiile exploziei demografice şi tehnico-ştiinţifice în dezvoltarea învăţămîntului; adaptarea şcolii la elev, respectiv la student 38
Evoluţia conceptului de sănătate şi reflectarea sa în organizarea asistenţei medicale pentru elevi şi studenţi 44
Evoluţia conceptului de sănătate 44
Apariţia şi dezvoltarea asistenţei medicale diferenţiate pentru elevi şi studenţi 46
Probleme actuale de sănătate mintală induse de conceptul medicinii muncii universitare 48

Obiective şi metode de cercetare; material faptic

Obiectivele cercetării 50
Metodele de cercetare 50
Definirea entităţilor nosologice 53
Materialul faptic 61

Partea a doua

Rezultatele cercetărilor

Structura morbidităţii neuropsihiatrice în mediul universitar

Consideraţii pe marginea unor date statistice 63

Studiul etiologiei dezadaptărilor nevrotice

Dinamica morbidităţii prin dezadaptări nevrotice 64

Pag.

Dinamica mediei lunare a cazurilor noi 61
Dinamica mediei lunare a consultațiilor 65
Momentul real al debutului dezadaptării 68

ANALIZA FACTORILOR DE RISC ȘI ETIOLOGICI 70

Schema modului de grupare a factorilor 70
Analiza statistică a datelor 70
Factori de risc 73
Factori relativi 73
— Vîrsta 73
— Sexul 73
— Mediul geografic de proveniență 75
Factori din antecedente 76
— Factori biologici 76
— Antecedente patologice eredocolaterale 76
— Antecedente personale patologice 77
— Factori psihosociali 79
— Climatul psihofamilial și constelația familială 79
— Educația parentală 82
— Factori școlari preuniversitari 83
— Munca retribuită în producție, efectuată înaintea începerii studiilor universitare 83
— Factori constituționali 84
— Terenul somatopsihic 84
Factori actuali 86
— Factori biologici 86
— Starea de sănătate somatică 86
— Alimentația 87
— Practicarea culturii fizice sau sportului 88
— Factori psihologici 90
— Aptitudini 90
— Vocație 92
— Factori sociali 94
— Starea civilă 94
— Factori economici 95
— Abitație 95
— Factori legați de procesul de învățămînt 96
Factori etiologici, probabil implicați în instalarea in- sau dezadaptării 98
Factori aparent determinanți sau cel puțin declanșanți 98
— Factori de natură „extrauniversitară“ 99
— Factori somatici 99
— Stări conflictuale erotice 99
— Stări conflictuale familiale 100
— Stări conflictuale conjugale 101
— Iatrogenia 102
— Stări conflictuale diverse 102

Pag.

— Factori de natură universitară 103
— Greșeli de opțiune profesională 103
— Suprasolicitarea 103
— Eșecuri universitare și la examen 110
— Factori universitari diverși 113
Factori sateliți, probabil favorizanți 113
Constelații factoriale 113
Concluzii etiologice 114

Mecanisme psihodinamice și patogenice

Mecanismele psihodinamice ipotetice ale „stării de start“ 117
Mecanismele patogenice ipotetice ale dezadaptării nevrotice a studentului și corelațiile cu eșecul universitar 119

Simptomatologie

Generalități 121
Simptome „cardinale“ neurastenice .. 123
Cefaleea 124
Perturbările somnului 126
Astenia 128
Simptomatologie psihică 129
Fenomene funcționale neurologice 140
Fenomene senzoriale 141
Fenomene senzitive 142
Fenomene motorii 143
Tulburări neurovegetative 145
Disfuncții diencefalice 152
Problema spasmofiliei 154
Disfuncții endocrine 154
Perturbări ale dinamicii sexuale .. 156
Aspecte electroencefalografice 158

Diagnostic

Diagnostic pozitiv 168
Diagnostic diferențial 174

Forme clinice

Tratament

General și particular în terapia dezadaptărilor nevrotice la student 181
Psihoterapia 184
Măsuri igienodietetice și de psihoigienă 188
Terapia medicamentoasă 191
Refacerea capacității de muncă prin repaus 197
Tratamentul în spital; indicații și contraindicații 198

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Evoluție și prognostic

Evoluția dezadaptărilor nevrotice la student 199

Pag.

Prognosticul imediat și îndepărtat 202

Implicațiile dezadaptărilor studentului în problema eșecurilor universitare și la examen 203

Partea a treia

Profilaxie

Generalități 208

Considerații de ordin profilactic privind condițiile de viață ale studentului 209

Psihoigiena și psihoprofilaxia în organizarea procesului de învățământ .. 211

Creșterea capacității de autoapărare a sănătății 214

Probleme de asistență neuropsihiatrică 216

Bibliografie 218

Summary 229

TINERETULUI UNIVERSITAR DIN ROMÂNIA
care, fidel tradiției înaintașilor,
va duce mai departe reputația științei
și culturii românești în continuă ascensiune.

Emoții...

Scanned with OKEN Scanner

Cuvînt înainte

Salturile calitative care marchează lunga istorie a cunoașterii au indus legic și transformări ale societății cu implicații asupra gîndirii și vieții omului, reflectate asupra sănătății sale. Dar ultimele decenii ni se par nouă, celor care le trăim, cu totul ieșite din comun prin ascensiunea amețitoare a curbei noilor achiziții și mai ales prin viteza cu care se schimbă configurația mediului nostru ecologic și sociocultural. Aceste schimbări solicită la maximum capacitatea de adaptare, de fapt, la efectele propriilor noastre acțiuni asupra mediului. Și, parcă pentru a ne justifica față de noi înșine dificila trăire a efortului, la care singuri ne-am supus din dorința de mai bine, adunăm argumente menite să ne întrețină încrederea în putința noastră de a ține pasul cu noul. Satisfacția ce ne-o procură inventarierea realizărilor se dovedește astfel capabilă să contracareze dispneea efortului de adaptare. Constatînd, spre exemplu, că majoritatea bunurilor materiale de care ne folosim sînt rodul imediatei aplicări în practică a descoperirilor din ultimele decenii, că anual nu mai sînt suficiente 60 de milioane de pagini pentru a cuprinde avalanșa de informații științifice și tehnice, indispensabile continuării zborului în infinitul spațiului cunoașterii, sau că numărul oamenilor de știință contemporani depășește numărul savanților din întreaga istorie a omenirii, nu ni se mai pare atît de greu drumul nostru spre înălțimi.

Și totuși, însăși dialectica progresului implică și restructurarea mozaicului factorilor de risc cu care sîntem confruntați. Spre exemplu, omul a introdus, cu sau fără voia sa, în mediul natural, cîteva sute de mii de substanțe noi care înseamnă și progres, dar și poluare, tot el fiind acela care și-a deplasat activitatea de la polul muscular, udat de sudoare, la cel intelectual, sedentar.

In traiectoria sa ascendentă, bunăstarea este însoțită ca de o umbră de riscul adaptativ, a cărui configurație se schimbă cu o viteză direct proporțională cu viteza transformărilor. Așa fiind, este fi-

Scanned with OKEN Scanner

rească desfășurarea actuală de forțe a tuturor slujitorilor disciplinelor antropologice pentru identificarea și anihilarea impactului factorilor de risc, mereu alții, deseori neobservați pînă în momentul în care ies la iveală efectele lor nocive. Patologia adaptării a luat proporții răsturnînd structura morbidității dintr-un trecut nu prea îndepărtat și în același timp s-a transfigurat în așa măsură, încît manifestările sale proteiforme îl pun la grea încercare pe clinician.

Dar factorul hotărîtor pentru mobilizarea întregului potențial uman în lupta pentru asanarea mediului ecologic și social a fost triumful ideilor umanitare, idei care au impus revizuirea conceptului de sănătate. Definită de O.M.S. tridimensional, ca o bunăstare somatică, psihică și socială, sănătatea devine, în lumina noului concept, un drept al tuturor oamenilor, care se cere apărat. De aici și orientarea prevalent preventivă a activității medicale, precum și implicarea tuturor factorilor de răspundere ai societății în acțiuni hotărîte pentru asanarea mediului ecologic și sociocultural, pentru ridicarea nivelului de trai și cultural al întregii populații, principii ce stau la baza ocrotirii sănătății din țara noastră.

Evoluția conceptului de sănătate și reevaluarea rolului tinerilor în mersul înainte al societății au condus la promovarea preocupării prioritare pentru dezvoltarea capacității lor de adaptare la rapidele prefaceri pe care le trăiesc. Un prim aspect este acela al necesității cuprinderii întregului tineret în diferite forme de învățămînt, corespunzătoare exigențelor contemporaneității și mai ales perspectivelor viitorului. Dar odată cu prelungirea școlarizării și cu creșterea nivelului calitativ și cantitativ al cunoștințelor pe care trebuie să le asimileze, au apărut numeroase probleme noi ce se cer soluționate pentru ocrotirea sănătății lor. Experiența deja acumulată a arătat că solicitarea lor în condițiile actuale reclamă un sprijin și o îndrumare sporită, premisă obligatorie pentru corecta lor inserție în viață și profesie. Această atitudine se impune nu numai datorită rolului lor determinant în progresul societății, ci în special pentru apărarea sănătății și pentru dezvoltarea armonioasă a personalității lor. În acest spirit, concomitent cu antrenarea întregului tineret în școli de toate gradele și cu investirea lui cu o mare responsabilitate socială, problema tineretului a fost ridicată în țara noastră la rangul de problemă de stat, făcînd posibilă continua perfecționare a educației și învățămîntului, a condițiilor de viață și de muncă, precum și a ocrotirii sănătății tinerilor.

Dacă vom trece în revistă istoricul ocrotirii sănătății studenților în lume, vom constata că explozia universitară din ultimele 3—4 decenii a restructurat fundamental timidele încercări de înjghebare a unei asistențe medicale diferențiate pentru studenți, ce datează dinaintea ultimului război mondial. Avînd ca obiectiv principal combaterea bolilor cu extindere în masă și transmisibile, care făceau ravagii printre tinerii universitari, vechile forme de asistență medicală s-au dezvoltat și, odată cu lărgirea bazei lor materiale și organizatorice, s-a reușit abordarea unei game mult mai largi de probleme, generate de mai buna cunoaștere a structurii morbidității studențimii. Încheindu-se etapa de eradicare a tuberculozei și a altor boli transmisibile, însușindu-și și aplicînd consecvent măsurile de profilaxie, me-

Scanned with OKEN Scanner

dicii şi-au direcţionat preocupările către problematica impusă de constatarea nivelului ridicat al incidenţei demodulărilor psihice. Acest aspect neprevăzut a amorsat investigarea ştiinţifică a eventualelor particularităţi somatopsihice ale tinerelor generaţii, induse de transformările contemporane ale mediului ecologic şi sociocultural, precum şi de creşterea progresivă a solicitării lor intelectuale de-a lungul tuturor etapelor de şcolarizare. Pe măsură ce experienţa a crescut, s-a demonstrat importanţa problemelor de psihoigienă şi de psihoprofilaxie pentru sănătatea mintală a studenţilor. S-a constatat astfel că demodulările lor psihice poartă atît amprenta procesului de maturizare afectivă şi psihosocială a personalităţii, pe care studentul îl suferă în etapa postadolescenţei, concomitent cu parcurgerea studiilor universitare, cît şi amprenta specificului lor ocupaţional. Aşa se explică faptul că în timp ce bolile psihice grave nu depăşesc prevalenţa corespunzătoare grupei de vîrstă în care se încadrează studenţii, afecţiunile marginale şi în special cele nevrotice ating incidenţe cu mult superioare faţă de tinerii de aceeaşi vîrstă încadraţi în producţie. S-a născut întrebarea în ce măsură datele de morbiditate sînt reale şi, dacă imaginea pe care ne-o furnizează este exactă, în ce măsură se poate vorbi de un risc studii-sănătate şi în ce constă acesta, ştiut fiind că adolescenţa, deşi imprimă tînărului un grad de labilitate, nu se însoţeşte decît excepţional de perturbări ale psihismului care să depăşească limitele normalităţii. Rămînea astfel deschisă problema dacă se pot atribui mediului şi activităţii studentului însuşiri patogene. Studiile ulterioare, efectuate din incidenţele diferite ale mai multor discipline antropologice, au arătat că mediul şi munca universitarilor nu pot fi considerate patogene, dar că acestea ar dispune totuşi de un caracter patoplastic. Cercetările menţionate au condus concomitent şi la delimitarea unor forme de demodulare psihică specifice pînă la un punct studentului, impasuri adaptative de intensitate infranevrotică, plasabile în zonele diluate ale patologicului şi cunoscute sub denumirea de in- şi dezadaptări „şcolare" sau de „dificultăţi" la învăţătură.

Direcţionarea acestor cercetări vădeşte traiectoria preventivă pe care s-a înscris ocrotirea sănătăţii studenţilor, devenită progresiv o medicină a muncii universitarilor, *în cadrul căreia problemele de sănătate mintală au impulsionat apariţia psihiatriei universitare.*

În concordanţă cu noua orientare s-a impus descifrarea cu prioritate a două aspecte corelate cu consecinţele posibile ale instalării sindroamelor de in- sau dezadaptare acută. Primul aspect se referă la măsura în care aceste tulburări ale dinamicii psihismului sînt implicate în creşterea riscului de eşec la examene şi eventual a celui de abandon universitar. Al doilea aspect vizează consecinţele posibile ale cuplului eşec adaptativ-eşec universitar asupra viitorului personalităţii tînărului şi, implicit, asupra normalei sale inserţii în viaţă, precum şi asupra traiectoriei sale profesionale. Acest ultim aspect se impune datorită faptului că demodulările psihice menţionate intervin într-un moment important al definitivării procesului de maturizare a personalităţii, postadolescenţa. Impresia general admisă astăzi este aceea că într-adevăr rata eşecurilor universitare este semnificativ influenţată de incidenţa acestor dezadaptări, iar cuplul eşec adaptativ-

Scanned with OKEN Scanner

eşec şcolar reprezintă un risc potenţial real de umbrire a perspectivei conturării unei personalităţi armonice, adaptabilă la exigenţele vieţii, în special atunci cînd tulburările se instalează pe un fond psihic mai fragil.

Pe aceeaşi linie de preocupări se înscrie şi lucrarea de faţă, care sintetizează experienţa acumulată începînd din anul 1962, dată la care s-a înfiinţat în Spitalul pentru studenţi din Centrul universitar Bucureşti primul cabinet de neurologie, experienţă ce cuprinde ansamblul problemelor de neuropsihiatrie cu care sînt confruntaţi studenţii. Rod al mai multor cercetări personale, lucrarea vizează prezentarea unitară a acestor probleme, iar alegerea ca temă prioritară a studiului in- şi dezadaptărilor nevrotice şi infranevrotice este justificată atît de ponderea ridicată a acestor demodulări, cît şi de natura lor preponderent exogenă, care permite identificarea factorilor de risc adaptativ legaţi de mediul şi de exigenţa universitară.

Deşi datele cu privire la nivelul şi dinamica morbidităţii utilizate în prezenta cercetare, se referă la un lot de studenţi şi nu la întreaga populaţie studenţească din acest centru universitar, consider că ele vor putea oferi cititorului o imagine fidelă a problemei abordate. Aceasta graţie dimensiunilor lotului studiat, urmăririi în timp a evoluţiei tulburărilor, precum şi datorită constanţei variabilei subiective, întregul lot fiind investigat exclusiv de autor.

Experienţa acumulată de-a lungul celor aproape două decenii de activitate în ambulatorul Spitalului pentru studenţi, permanenta confruntare a datelor culese cu cele publicate în literatura de specialitate, încercarea perseverentă de revizuire critică a observaţiilor şi semnificaţiilor acordate fenomenului analizat, supunînd opiniile proprii focului discuţiilor din cadrul a numeroase conferinţe şi simpozioane naţionale de psihiatrie, sprijinul competent şi neprecupeţit primit din partea clinicilor de neurologie şi de psihiatrie, al colegilor de toate specialităţile din spitalul nostru şi al psihiatrului studenţilor din centrul universitar Cluj-Napoca, ale cărui cercetări de amploare pe aceeaşi temă au contribuit la validarea propriilor constatări, mi-au permis elaborarea unor concluzii preliminare referitoare la problema abordată. Aceste date şi concluzii sînt prezentate în lucrarea de faţă cu intenţia mărturisită de a incita la cercetări aprofundate şi mai rodnice, care să contribuie la ridicarea necontenită a nivelului ocrotirii sănătăţii mintale a tineretului universitar din ţara noastră.

Adresînd şi pe această cale mulţumiri forurilor şi persoanelor care mi-au sprijinit munca şi au făcut posibilă apariţia acestei lucrări, ţin să subliniez efortul Editurii medicale de a publica volumul în condiţii editoriale ireproşabile.

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

Partea întîi

Introducere

Particularităţile biologice şi psihologice imprimate tinerelor generaţii de contemporaneitate

Interesul în continuă creştere manifestat de cercetători pentru problemele tineretului nu se poate explica numai prin proporţia pe care această parte a populaţiei a atins-o — a zecea parte din populaţia Terrei —, nici prin rata sa de creştere şi nici prin faptul că această categorie, graţie dinamismului, ingeniozităţii şi optimismului său contagios, emană o mare atractivitate. Dacă în unele ţări din apusul Europei nemulţumirile tinerilor, exprimate public prin acţiuni protestatare, au atras atenţia asupra insuficientei preocupări pentru problemele lor, în schimb în ţara noastră, ridicarea problemelor tineretului la rangul de problemă de stat constituie dovada concretă a recunoaşterii rolului pe care tinerele generaţii îl au în asigurarea continuităţii progresului societăţii. Adoptarea unei astfel de atitudini se impune într-un moment crucial al istoriei ca acela pe care-l trăim, cînd probleme ca asanarea mediului ecologic şi sociocultural, judicioasa utilizare a resurselor Terrei, creşterea capacităţii de adaptare a omului la solicitările impuse de rapidele transformări ale condiţiilor sale de mediu şi de viaţă se cer rezolvate cu înţelepciune.

Dar dincolo de aceste imperative ale timpurilor noastre, cercetarea a fost impulsionată de schimbările observate la tinerele generaţii în ceea ce priveşte structura lor somatică şi psihică, modalităţile diferite ale reacţiilor lor adaptative şi în special frecvenţa ridicată a dezadaptărilor. Deosebirile faţă de tinerele generaţii dinaintea celui de al doilea război mondial sînt semnificative şi justifică efortul reunit al disciplinelor antropologice în direcţia definirii particularităţilor şi stilului propriu al tînărului contemporan, identificării cauzelor acestor schimbări şi eventualelor lor consecinţe, privite prin prisma viitoarei inserţii în viaţă.

În ceea ce priveşte noul tip de fenomene dezadaptative şi în special trăsăturile proprii noilor generaţii, după cîteva decenii de studii s-a ajuns la concluzia că acestea nu pot şi nu trebuie confundate cu fenomene patologice de masă (19; 35; 180; 414), dar că ele impun o atenţie şi un efort constant în vederea sprijinirii şi dezvoltă-

Scanned with OKEN Scanner

rii capacității adaptative a tinerilor.

Mai presus de nedumerirea multora dintre părinți, care în momentul în care copiii lor ating vîrsta adolescenței cu greu reușesc să se mai recunoască în descendenții lor, literatura de specialitate abundă în date ce confirmă ivirea unor comportamente netradiționale, aparent anormale, precum și a unei tendințe de creștere a incidenței demodulărilor psihice la tineri. În acest sens, P. Brânzei preciza: „Datele statistice pe plan mondial arată că se înregistrează o creștere progresivă a demodulărilor și tulburărilor psihice la limită cu normalitatea, ca reacții psihogene de tip nevrotic, alcoolofilii și drogofilii, stări psihopatiforme și tulburări de comportament, populația infantilo-juvenilă reprezentînd cca 10% din totalitatea îmbolnăvirilor psihice. Aceste creșteri ale morbidității mintale sînt explicate nu numai prin intervenția unor factori biologici, endo- și exogeni, ci și prin reacțiile psihogene provocate de multitudinea factorilor stresanți care provoacă sau evidențiază noi aspecte de eșec adaptativ, în condițiile impuse de ritmul alert al vieții contemporane . . .“ (49). Astfel de aspecte rezultă și din datele următoare: dintr-un lot foarte mare de copii investigați, 11% aveau tulburări de caracter, sindroame de dismaturitate sau intelect la limită (287), în timp ce 15% dintre tinerii unui cartier din New York erau „șubrezi“ psihic (126); schizofrenia face anual cca 4,5 milioane de victime pe glob (126), după unii autori cauzele fiind de ordin genetic (278), după alții — o modalitate de apărare împotriva uzurii (164), în timp ce alții descriu sindroame psihotice schizofreniforme (Langfeldt) sau paraschizofreniile, manifestări reactive și nu procesuale (469). Depresiunea, care afectează și mulți tineri, atinge și ea frecvența medie de 3—4‰, incidența sa fiind direct proporțională cu nivelul sociocultural. În sfîrșit, suicidul reprezintă prima cauză de deces la tinerii japonezi (Ohara) și a treia la cei americani (Harris, citat de 54), țară în care 9,6% dintre cauzele de deces înregistrate în 1974 la grupa de vîrstă 15—24 de ani erau reprezentate de suicid. Toxicomania face și ea ravagii printre tinerii din unele țări ca S.U.A. (16% dintre elevi și aproape o treime dintre studenți) sau R.F.G. (50% la tinerii mai mari de 15 ani). Inexistența acestui fenomen în țara noastră dovedește că prin măsuri corespunzătoare pericolul toxicomaniei poate fi evitat.

Dar în ultimele decenii se vorbește nu numai de bolile psihiatrice grave, ci și de manifestările patologice ale dificultăților de maturizare (35), de comportamente aberante ale tinerilor menite să atragă atenția asupra lor (52) în cadrul crizei de maturizare juvenilă Debesse (86), comportamente ce pot degenera în psihonevroze, uneori soldate cu suicid (19). In- și dezadaptările școlare ale elevilor și studenților au polarizat și ele atenția cercetătorilor din cauza incidenței lor ridicate și a implicațiilor în problema eșecurilor școlare, precum și din cauza posibilității lor de a se transforma în dezadaptări sociale (13; 19; 71; 85; 97; 173; 187; 309; 413; 469).

Considerînd societatea ca un sistem integral, individul, ca parte componentă a societății, trebuie să-și adapteze comportamentul, construit sub influența modelelor seocial-istorice, ansamblului din care face parte (147). Pe de altă parte, dat fiind că „ . . . organizarea ca proces nu poate fi disociată de adaptare“ și că „ . . . orice sistem organizat fiind deschis asupra mediului, funcționarea sistemului implică schimburile cu exteriorul . . .“ (331), se poate presupune că factorii ecologici și sociali apăruți ca urmare a transformărilor induse de contemporaneitate au influențat nu numai nivelul și structura morbidității, ci și unele trăsături somatopsihice ale tinerilor din zilele noastre, diferențiindu-i de generațiile precedente. Un prim aspect vizează mo-

Scanned with OKEN Scanner

dificările biologice, consecință a fenomenului cunoscut sub denumirea de *secular trend*, care se materializează în accelerarea creșterii și dezvoltării somatice; al doilea aspect se referă la particularitățile imprimate psihismului tineretului contemporan. În acest sens, deși bombardamentul informațional vizual, realizat de *mass media*, a contribuit la precocitatea intelectuală a copiilor (M. Malița), progresul social și cerințele revoluției tehnico-științifice, impunînd o prelungire a duratei școlarității obligatorii (Miron Constantinescu, citat de 413) și a calificării profesionale (35; 55; 246; 418; 462) au condus la întîrzierea maturizării afective și psihosociale a tinerilor (13; 17). Dar amînarea obținerii statutului profesional echivalează cu amînarea acordării statutului social de adult, deci cu prelungirea copilăriei sociale. Tocmai în acest fenomen își au rădăcinile multe probleme noi (159), cum ar fi conflictul dintre nerăbdarea tinerilor de a-și dobîndi autonomia și prelungirea dependenței lor economice și afective de părinți, care se reflectă în unele dintre mentalitățile și comportamentele lor inadecvate realității, cu care n-au avut încă prilejul să se confrunte, în parte și din cauza tendințelor hiperprotecționiste ale părinților care i-au absolvit adesea de responsabilitățile lor firești față de familie și de grup. Așa s-ar explica și apariția unor opinii ca aceea promovată de Undeutsch (citat de 278), care susține că modificările suferite în timp de tinerele generații ar interesa dezvoltarea etajelor funcționale instinctuale și senzoriale ale psihismului în dauna funcțiilor superioare, interpretare inacceptabilă, pentru că nu ține seama de încercarea de raționalizare a lumii reale, tendință mascată de unele mentalități și comportamente specifice tinerilor, ceea ce nu trădează în nici un caz o scădere a intelectului.

În țara noastră, „... ca o consecință a îmbunătățirii condițiilor de viață economică și culturală a întregii populații, în ultimul deceniu se constată la populația adolescentă o creștere a indicilor de vigurozitate și o reducere a proporției bolilor cronice somatice. De asemenea în ceea ce privește dezvoltarea psihică a adolescenților se constată în ultimul deceniu o superioară integrare mintală comparativ cu trecutul... În același timp, ritmul intens de urbanizare și industrializare conține în dialectica sa, pe lîngă imensitatea binefacerilor, și o creștere a factorului de risc adaptativ și de eșec în integrarea socioprofesională, sub influența unui complex de cauze nocive de natură biologică, psihologică și ecologică, reunite metaforic sub denumirea de «boală a civilizației», cauze care necesită a fi cunoscute spre a fi preîntîmpinate, anulate sau compensate ...“ (49).

În concordanță cu această concepție a școlii de psihiatrie din Iași și cu orientarea întregii psihiatrii românești contemporane care, adoptînd o viziune complexă asupra omului, îi abordează problematica de pe o poziție antropologică marxistă (343), vom analiza în continuare cele două aspecte — biologic și psihologic — ale generațiilor tinere contemporane.

Fenomenul de accelerare a creșterii și dezvoltării somatice

În ultimele decenii s-a remarcat o accelerare a ritmului de dezvoltare a tinerilor cu consecințe asupra bio- și patomorfozei umane, fenomen ce constă din modificări microevolutive înregistrate în ontogeneza speciei umane și cunoscut sub denumirea de *secular trend*. Manifest încă din etapa prenatală, el induce creșterea în greutate și lungime a nou-născuților, pentru ca postnatal să determine erupția mai timpurie a dinților, sporul în greutate și creșterea taliei, contrastînd cu volumul toracic diminuat. Rezultă aspectul leptosom al tinerilor contemporani (435), tineri la care pubertatea se instalează

Scanned with OKEN Scanner

mai devreme în comparație cu generațiile anterioare (49; 360).

Accelerarea dezvoltării somatice, dublată de labilitatea neuroendocrinovegetativă marcată, a condus la apariția frecventă a unor disarmonii somatice, observate la o treime din populația școlară și universitară (13; 71; 72; 193; 285; 354; 435). Labilitatea menționată prelungindu-se pînă la vîrsta absolvirii facultății, ridică problema cunoașterii factorilor ce o pot accentua. Primul factor este constituit de sedentarism, consecință a ședерii prelungite în fața televizorului, penuriei terenurilor pe care să se poată practica neorganizat jocurile sportive și a numeroaselor ore impuse de studiu. Trebuie însă adăugată și contribuția unei educații greșite adoptată de unii dintre părinți, care, timorați de nivelul ascendent al competiției școlare, limitează pînă la suprimare timpul copiilor pentru practicarea jocurilor în aer liber, împietînd astfel asupra dezvoltării lor somatice și psihice. Dealtfel, cercetările efectuate de Hollman (165) pe adolescenți din generațiile „accelerate", au demonstrat că la aceștia nu există o discrepanță între dezvoltarea viscerelor și aceea a musculaturii scheletale, subliniind că nu există nici un risc pentru supunerea la un antrenament sistematic. Dealtfel și performanțele atletice realizate de sportivii din aceste generații nu permit interpretarea fenomenului de accelerare ca patologic. Totuși prezența fenomenului impune practicarea culturii fizice sistematice, tocmai în scopul prevenirii dismorfiilor, care, împreună cu precocitatea instalării pubertății, ar putea influența negativ dezvoltarea personalității (127; 341; 435). Deși biologic precocitatea pubertății nu are nici un fel de repercusiuni, ea se reflectă pe plan psihic, la adolescent, dînd acestei etape de dezvoltare un caracter „eminamente instinctivo-afectiv" (450). Însă faptul că unii dintre părinți, surprinși și alarmați de precocitatea instalării pubertății și dominați de ideea că abstinența ar putea afecta psihismul și comportamentul copiilor lor, ceea ce în accepția acestor părinți ar impune începerea mai timpurie a activității sexuale, poate alimenta neliniștea și preocupările tinerilor pe teme de sexualitate.

În ceea ce privește etiologia fenomenului de accelerare a dezvoltării, nici una dintre teoriile emise, luată separat, nu este suficient de convingătoare și de cuprinzătoare. Fiecare dintre factorii incriminați — creșterea temperaturii medii a atmosferei (Mills), creșterea expunerii la lumină grație electrificării (Lang), încărcarea mediului cu raze ultraviolete (Koch, McCandless), „heterozis"-ul, constînd din creșterea exogamiei, alimentația copiilor cu alimente solide și bogat vitaminizate (266), aportul sporit de proteine hipofizostimulatoare (13; 72; 341) etc. — poate să fi exercitat o influență, limitată însă, fapt ce l-a determinat pe De Rudder să considere, sintetizînd datele menționate, că factorii principali ar fi alimentația, la care se adaugă complexitatea stimulilor fizici și psihoculturali specifici mediului urban contemporan (278). Această ipoteză este susținută și de Marcuson, Tănăsescu, Cristescu și de alți autori.

Adolescența, etapă fundamentală în cadrul procesului de maturizare a personalității

Dată fiind vîrsta medie a studentului, abordarea temei adolescenței în legătură cu populația universitară ar putea părea nejustificată. În realitate, tocmai considerarea acestor tineri drept adulți maturi necesită o punere la punct a problemei, permițînd astfel o justă înțelegere a unor comportamente surprinzătoare și în special a unor demodulări psihice observate frecvent la studenți. Așa cum afirmă Offer (168), comportamentul adolescentului nu poate fi comparat nici cu cel al adultului, nici cu cel al copilului,

Scanned with OKEN Scanner

ci exclusiv cu cel al adolescentului normal.

De prin anii '40 termenul vag de „tineri" a fost înlocuit cu cel de adolescenţi, termen care se referă la indivizii a căror vîrstă e cuprinsă între 13 şi 19 ani, ulterior impunîndu-se adăugarea subgrupei preadolescenţilor — mai mici de 13 ani — şi a aceleia a postadolescenţilor — mai mari de 19 ani (441). Şcoala românească de psihiatrie împarte adolescenţa, perioadă de tranziţie între copilărie şi maturitate, în trei etape: *adolescenţa pubertară* cuprinde copiii pre- şi puberi; *adolescenţa juvenilă*, corespunzătoare postpubertăţii, şi *tineretul*, etapă a postadolescenţei, înglobînd tinerii între 17 şi 22—25 de ani (49). Ţinînd însă seama de faptul că durata şi forma adolescenţei sînt determinate de structura socială, pentru viitorul muncitor ea se extinde între 12 şi 18 ani, în timp ce pentru student se prelungeşte pînă la aproape 25 de ani, moment în care absolvind studiile, se încadrează în producţie (19; 341). Prin urmare, explozia tehnică impunînd prelungirea şcolarizării, a indus odată cu extinderea uceniciei sociale şi amînarea completei maturizări a personalităţii. Tocmai întîrzierea în obţinerea statutului lor social de adulţi este cea care justifică necesitatea studierii particularităţilor imprimate de această etapă de maturizare. „Tineretul", scria Cornelia Dimitriu, „ne pune astăzi probleme derutante, probleme pe care omenirea nu le-a cunoscut şi care sînt legate de acele transformări petrecute în ultimele decenii care au dat societăţii o înfăţişare cu totul nouă . . ." (94). Şi V. Pavelcu, vorbind despre această „vîrstă a furtunilor", sublinia necesitatea abordării globale a particularităţilor psihoplastice, modulator-formative, caracteristice stadiilor succesive de configurare şi de maturizare a personalităţii. Abordarea separată a unora dintre aceste aspecte generează riscul interpretării eronate şi al exagerării semnificaţiei unor fenomene normale.

Se spune că adolescenţa, perioada de cristalizare a personalităţii (278), ar fi ceea ce copilăria a pregătit să fie (240). Dacă este aşa, atunci se naşte întrebarea în ce măsură accelerarea dezvoltării somatice a contribuit la pregătirea terenului propice apariţiei particularităţilor psihismului tinerilor contemporani. Ştiut fiind că bagajul genetic este precumpănitor numai pentru dezvoltarea funcţiilor psihice celor mai apropiate de necesităţile fiziologice (Zazzo, Luria, citaţi de 63), iar talentele, aptitudinile şi inteligenţa, deşi reprezintă un dat genetic, ca orice caracter fenotipic, nu se nasc decît sub forma unor germeni capabili de modelare şi de dezvoltare între anumite limite (456), sub influenţa mediului (Katzheimer, citat de 203), trebuie să admitem că schimbările survenite la tinerii contemporani reflectă în mare măsură transformările climatului şi constelaţiei familiale, ale atitudinilor educaţionale adoptate de părinţi. Dacă se poate vorbi de rolul eredităţii, atunci trebuie luată în considerare ereditatea socială (49), rezultat al perpetuării unor comportamente de-a lungul generaţiilor, sub influenţa mediului familial care-şi pune amprenta ceas de ceas asupra copilului. V. Pavelcu (citat de 94) subliniază că „ . . . întregul proces de maturizare sub influenţa condiţiilor de mediu ar putea fi considerat ca o transformare a patrimoniului ereditar. Automatismele, trăsăturile temperamentale şi de caracter, aptitudinile, toate nu reprezintă altceva decît un adaos la zestrea ereditară a individului şi o integrare în matricea înnăscută . . .". Dealtfel, bioconstrucţia sistemului nervos nefiind încheiată în momentul naşterii, sistemul este sensibil la interferenţele din cursul construcţiei şi funcţionării sale, avînd consecinţe durabile asupra modalităţii sale de a opera. Variaţiile individuale rezultă atît din faptul că tinerii nu trăiesc în condiţii standard, cît şi din procesul de învăţare, cel mai important element epigenetic de struc-

Scanned with OKEN Scanner

turare a operaţiilor creierului, care acţionează prin mecanisme cibernetice. Se evidenţiază astfel semnificaţia majoră a „experienţei" şi a educaţiei, pentru diferenţierea personalităţii (21).

Toate aspectele semnalate dirijează atenţia asupra mediului psihofamilial, acolo unde copilul creşte sub ocrotirea şi la căldura afectivă a părinţilor, dezvoltîndu-se sub influenţa principiilor educative adoptate de părinţi. Acolo a trebuit să se fi întîmplat „ceva", care să explice măcar în parte, particularităţile tinerilor contemporani. De aceea se şi acordă perioadei timpurii a copilăriei o atenţie crescîndă. Spitz, spre exemplu, vede în relaţia mamă-copil din primul an de viaţă un factor major pentru dezvoltarea psihismului, iar Fornari este de părere că absenţa îngrijirilor materne poate destructura cele mai profunde straturi ale personalităţii copilului. La rîndul său, Sivadon (416) postulează că primii 5 ani de viaţă conduc la formarea unei imagini despre sine şi despre lume, care, în cazul cînd nu concordă cu realitatea, alcătuieşte substratul psiho- şi sociogenetic al nevrozei. Dealtfel, odată cu creşterea atenţiei acordate de cercetători acestor vîrste, sensibilitatea la *stress* a copiilor este apreciată mai aproape de semnificaţiile sale reale. Menţionăm în acest sens observaţia Evei Frommer (132) care constată că în urma unui surmenaj fizic, a unei convalescenţe prea scurte, a unui eveniment traumatizant sau a surmenajului psihic — cîţi părinţi nu provoacă surmenajul adoptînd un stil de creştere a copilului, pe care-l consideră „copil-minune"! — se poate instala o depresiune ce influenţează negativ dispoziţia, comportamentul, dezvoltarea afectivă şi intelectuală. Se ajunge astfel la influenţa evenimentelor şi transformărilor petrecute în ultimele decenii asupra configuraţiei familiei, a mentalităţilor şi a atitudinii educaţionale a părinţilor, într-un cuvînt la schimbările survenite în „socius"-ul (Janet), în „rolul" (M. Mead, Moreno) părinţilor.

Referindu-ne la generaţiile care au trăit teroarea celui de-al doilea război mondial, deci la părinţii tinerilor din zilele noastre, trebuie să admitem că aceştia şi-au modificat mentalităţile şi comportamentul faţă de copii. S-a mai adăugat pe parcurs şi influenţa exercitată de înlocuirea familiei de tip patriarhal, caracteristică societăţii preindustriale (familie compusă din rude directe şi colaterale din 2—3 generaţii succesive, care locuiau împreună şi organizată după sistemul diviziunii muncii, cu o bază economică proprie), cu noul tip de familie nucleară. Aceasta din urmă, redusă la structura minimă — părinţi, copii — s-a generalizat ca urmare a condiţiilor de abitaţie din oraşul modern. Apariţia noului tip de familie şi izolarea ei, prin împuţinarea componenţilor săi, a scăzut şi gama variată a relaţiilor interpersonale şi numărul modelelor de identificare ce contribuiau din plin la dezvoltarea psihismului şi sociabilităţii copiilor. Concomitent, rapida dezvoltare industrială, ca aceea care s-a produs în ţara noastră după 1944, a indus două fenomene semnificative: angajarea femeii în producţie şi necesitatea calificării sau recalificării bărbaţilor deja încadraţi în producţie. Astfel, ambii părinţi fiind din ce în ce mai absorbiţi de obligaţiile din producţie şi de pe tărîm social, timpul disponibil pentru educarea copiilor s-a restrîns, afectînd prestaţia educativă şi autoritatea parentală. Educaţia a fost transferată bunicilor şi nu excepţional de rar hazardului, pînă în momentul în care creşele şi grădiniţele de copii au preluat o bună parte din sarcinile părinţilor.

Osterrieth (citat în 94) consideră că nuclearizarea familiei favorizează neacceptarea copilului, fenomen ce se poate solda fie cu respingerea copilului, fie cu o supracompensare a carenţei afective. În ambele cazuri rezultatele sînt nefaste pentru că „... Dacă nu i

Scanned with OKEN Scanner

se consacră destul timp, dacă este lipsit de prezența părintelui, dacă nu i se dovedește afecțiune, copilul suferă oricît ar fi el copleșit cu daruri și cu compensații materiale" (94).

Acest adevăr este demonstrat și de experiența efectuată de Skeels (251) care, pentru a sublinia contribuția carenței afective la degradarea psihică a copiilor din orfelinate, a încredințat astfel de sugari pentru îngrijire unor oligofrene dintr-un azil de cronici. Afecțiunea manifestată de aceste bolnave față de copii a condus la o dezvoltare somatopsihică surprinzătoare a copiilor, majoritatea acestora, odată ajunși la vîrsta adultă, reușind să-și cîștige singuri existența, unii obținînd chiar diplome universitare.

Unii autori contemporani vorbesc despre o dilemă a educației parentale, rezultat al exploziei informaționale, dar și al creșterii influenței curentelor psihanaliste (441). Dilema ar fi consecința confruntării unor modele de creștere a copiilor neschimbate secole de-a rîndul, cu modele noi bazate pe acordarea unei mai mari independențe copilului în vederea liberei sale dezvoltări. Școala de pedagogie românească subliniază faptul că educația copiilor a fost totdeauna considerată numai sub aspectul intențiilor, neglijîndu-se latura tehnicilor de educare și instruire utilizate de părinți. Așa se explică de ce personalitatea și biografia fiecărui părinte joacă un rol hotărîtor în atitudinea adoptată față de proprii copii (94).

Pornind de la aforismul inspirat de Jung (201), conform căruia „copiii trăiesc viața netrăită a părinților lor", se poate constata că tendințele hiperprotectoare ale generațiilor de părinți contemporani își au originea în solicitările lor, în ororile și lipsurile trăite de ei în timpul războiului. S-a mai adăugat și decalajul dintre nivelul cunoștințelor lor și cel atins de copii grație permanentei creșteri calitative și cantitative a programelor școlare; dar aceasta a provocat scăderea autorității părintelui, care s-a văzut adesea pus în inferioritate de nivelul acumulărilor propriului copil. Supraevaluînd solicitarea școlară, părinții au greșit, absolvindu-i de cele mai multe ori pe copii de micile obligații ce le reveneau în cadrul familiei, au luptat să-i scutească și de unele sarcini extrașcolare, creîndu-le o imagine falsă despre lume și despre viață. Or, tocmai sarcinile menționate au darul de a dezvolta inițiativa, responsabilitatea și încrederea în forțele proprii, pregătind o bună inserție în viață.

Dilema educațională a fost rezolvată diferit. Unii dintre părinți au abdicat pur și simplu de la obligațiile lor de educatori, alții au instituit un climat de tiranie înăbușind inițiativele copilului, în timp ce alții au transferat această sarcină bunicilor. Aceștia din urmă, dominați de sentimentalismul binecunoscut, și-au răsfățat nepoții, transformîndu-i în micii tirani ai familiei, inadaptabili la școală și mai tîrziu în viață, veșnic revendicativi și dominați de un sentiment de frustrare afectivă.

La cele menționate s-a mai adăugat și insuficiența spațiilor de joacă, precum și contactul cvasipermanent al copiilor cu părinții în teritoriul restrîns al apartamentului, condiții specifice urbanizării. Obligați să-și petreacă o mare parte din timp în apartament, ei au asistat la inerentele mici confruntări de opinii ale părinților, cărora, datorită imaturității, le-au acordat semnificații majore, ceea ce le-a generat un sentiment de insecuritate. În cazul unor dispute grave între părinți, în care uneori sînt angrenați și copiii, familia și-a pierdut caracterul de „cooperativă de sentimente" (Berge), de mediu afectiv protector. Dotați cu o mare putere de captare și de fixare a imaginilor, cu o remarcabilă capacitate de trăire a situațiilor și a evenimentelor petrecute în acest „ocean de noutăți" reprezentat de viața reală, copiii au suferit pe planul dezvoltării afective și caracterial-

Scanned with OKEN Scanner

educative a personalităţii. Cînd conflictele conjugale au culminat cu divorţul, bipolaritatea educaţiei parentale a dispărut şi copilul s-a dezvoltat asimetric. Chiar în situaţia reconstituirii unei familii sau a adoptării copilului de către altă familie, el a trăit frecvent un sentiment de carenţă afectivă, de multe ori neîntemeiat.

Toate aspectele discutate referitor la prima şi a doua copilărie reprezintă de fapt o introducere indispensabilă pentru înţelegerea aprofundată a problematicii adolescenţei, etapă în care personalitatea se defineşte în salturi. Ajuns la vîrsta pubertăţii, se pune problema modalităţii în care precocitatea acestui moment evolutiv al copilului i-ar putea influenţa psihismul. Unii autori susţin că fenomenul, în mod cert nepatologic (127), ar putea favoriza instalarea unor „disarmonii ale dezvoltării personalităţii" (278), datorită desincronizării dezvoltării somatopsihice. Dar Korkina (168) susţine că restructurările neurohormonale şi endocrine majore ale adolescenţei, creşterea intelectului prin dezvoltarea gîndirii conceptuale şi prin acumulările diferitelor tipuri de informaţii, marchează trecerea de la conştiinţa individuală la cea socială, ceea ce explică de ce sistemul nervos central, structura cea mai solicitată, poate suferi cel mai mult.

Proces de evoluţie progresivă, de diferenţiere şi de adaptare la mediul familial, şcolar şi social al minorului (35; 328), adolescenţa este, aşa cum scrie V. Pavelcu (324), „ . . . căutarea de sine a personalităţii şi realizarea acesteia pe planul valorilor sociale, este căutarea unui rol în vastul arhipelag al rolurilor sociale, este efort de fixare a poziţiei într-un statut social cu profil prin excelenţă profesional . . . Complexul proces al dezvoltării ni se înfăţişează schematic ca o emancipare progresivă a individului de familie, de profesor şi în fine, de constrîngerea externă a societăţii."

Configurarea personalităţii se realizează în trei stadii succesive, fiecare corespunzînd unui „conflict": *stadiul căutării de sine* — conflictul pubertar —, *stadiul afirmării de sine* — conflictul de afirmare —, *stadiul impunerii de sine* — conflictul dintre rol şi statut, profesie, carieră şi vocaţie, prin care se realizează sau nu dominanta vectorială de integrare socioprofesională (Cosmovici, 49). Înainte de a ajunge în stadiul integrării socioprofesionale, adolescentul trece prin faza pubertară, cînd există riscul apariţiei unor ruperi ale echilibrului psihic în favoarea emotivităţii (324) şi cînd tensiunea interioară este mai puternică decît autocontrolul (Origlia, Onillon citat în 49). În etapa căutării de sine se construiesc scările valorice care vor alcătui axa centrală a personalităţii, iar pe plan intelectual se instalează operaţiile formale şi ipotetico-deductive, care îi permit tînărului să se desprindă de prezent, operînd în sfera posibilului şi inactualului, de unde şi abundenta elaborare de planuri de viitor, teorii etc. (94). În această etapă de desatelizare, de trecere de la atitudinea dependent-afiliativă la una dominant neafiliată, de „înţărcare" psihologică (Debesse), climatul familial şi rezonanţa acestuia în psihismul adolescentului vor determina în mare măsură sensul pozitiv sau negativ al maturizării. Conflictele familiale survenite în această perioadă perturbează dezvoltarea laturii caracterial-educative, iar sentimentul de nesiguranţă şi anxietatea pot evolua spre o agresivitate sau spre un sentiment de culpabilitate (Rudică, 49), mai ales cînd copilul este antrenat în conflictul părinţilor ca aliat (268). Uneori părinţii, cuprinşi de panică din cauza agitaţiei şi agresivităţii provocatoare a adolescentului, recurg la acte de autoritate excesivă şi la imixtiuni în problemele sale intime, alteori se autolinişteşc şi cedează prea uşor la capriciile lui (94). Meinhardt (268) subliniază importanţa adecvării statutului educativ la particularităţile

Scanned with OKEN Scanner

copilului sau tînărului, criticînd atît răsfățul și protejarea excesivă — sindromul „bunicilor" (Richter), similar sindromului de „infantilizare caracterială" (T. și C. Vlad) întîlnit la copilul unic, sau la cel mai mic din fraterie, „puiul mamei" (450) — cît și severitatea absurdă, cu inhibarea oricărei opinii sau inițiative, ambele variante constituind adesea substratul unor dificultăți școlare și de adaptare. Climatul familial necorespunzător, precum și atitudinile educative de tipul celor semnalate pot favoriza instalarea unor perturbări durabile ale comportamentului, a unei nevroze grave sau a depresiei cu comportament suicidar (48; 157; 169; 201; Priest, 207; Hendin, citat în 217; Arieti, Häffner, Beatson, citat în 242; 292; 395; 469). Ciocnirea dintre autoritatea familiei și tendința de autonomizare a tînărului poate îmbrăca uneori forme destructive pentru că, așa cum afirmă Rousselet, „... constrîngerea este cu atît mai greu suportată, cu cît cel ce devine obiectul ei se crede de multă vreme egal cu sfătuitorii săi" (374). Astfel de aspecte pot fi întîlnite și ca urmare a unor reacții conflictuale în zona sensibilității afective sau a reacțiilor provocate de dificultățile adaptative școlare (49). Adolescența corespunde de fapt momentului în care individul nu se mai consideră copil, ci egal cu adultul, propunîndu-și să joace un rol social. De aceea el încearcă să-și afirme personalitatea pe planul exterior — îmbrăcăminte, coafură, comportament etc. —, ca și pe plan interior — spirit de contradicție, dorință de independență etc. (Prună, 49).

Rousselet făcea reflecția că, deși toată lumea admite necesitatea unor momente de destindere pentru adulți, „... e foarte curios să constatăm că adesea se uită cît sînt ele de necesare pentru adolescenți ...", fenomen explicat de faptul că atît părinții, cît și cadrele didactice, dominați de importanța eforturilor depuse în perioada de pregătire a viitorului acestor tineri, văd în fiecare încercare a lor de a se recrea o amenințare a viitorului lor succes, omițînd faptul că timpul liber al tînărului nu vizează numai profilaxia oboselii și plictisului, ci reprezintă o necesitate indispensabilă dezvoltării personalității și maturizării lor intelectuale (374).

În afara rolurilor sale cîștigate, de elev, student, muncitor etc., tînărul dispune și de o gamă largă de roluri potențiale care, deși nu se exteriorizează, presează adesea din profunzime, irupînd uneori în cîmpul conștiinței sub forma unor structuri ideale. În cazul în care sistemul inhibițional nu mai este capabil să le frîneze, adolescentul se manifestă zgomotos sau turbulent, fenomen ce explică apariția unor manifestări surprinzătoare și șocante pentru adulți. Aceștia greșesc pentru că uitîndu-și propria adolescență, îi judecă pe baza criteriului de valori propriu conduitei lor de oameni maturi, ghidîndu-se după modele de relații perimate (49). Și G. Ionescu (201) semnalează faptul că imaginea părinților despre adolescent este formată din reprezentări cu caracter stereotip și că părinții, trăind un sentiment de frustrare, se comportă față de copiii lor deveniți adolescenți ca și cum aceștia ar fi în pericol; aceasta îi face să alunece fie pe panta hiperprotecționismului, fie pe aceea a solicitării lor excesive. Identificîndu-se cu copiii lor, ei consideră viitorul acestora ca pe al lor propriu, ceea ce echivalează cu crearea condițiilor propice izbucnirii unor conflicte puternice. La rîndul lor, adolescenții, fiind apreciați mai mult pentru ceea ce fac decît pentru ceea ce sînt, își hipertrofiază imaginea despre sine, devin rigizi și nerealiști.

În cadrul crizei de originalitate juvenilă, Debesse (citat de 462) constată că tînărului „... îi repugnă să fie ca toată lumea, are oroare de banalitate, dorește să fie ca nimeni altul, un excepțional, un unicat". Comportamentul agresiv, evident „căutat", ca în cazul conformismului la nonconformism (328),

Scanned with OKEN Scanner

exprimă încercarea sa de a-şi domina insecuritatea şi neîncrederea în capacitatea sa de integrare în viaţă, la fel ca şi indiferenţa afectivă pe care o afişează ca să-şi ascundă carenţa de care suferă (52). De fapt adolescenţa, coincizînd cu perioada de irupţie a criticii (19), etapă în care se acumulează concepţii, convingeri, atitudini, experienţe şi exemple luate din mediul social pentru inserţia în viaţă (328), îl expune pe tînăr confruntării propriului mod de a gîndi, de a simţi şi de a stabili raporturi interumane — mod dobîndit în familie — cu modelele noi ce-l înconjură. Cînd există o discrepanţă între modelele etice ideale şi realitate, adolescentul reacţionează fie prin agresivitate, fie prin renunţarea la iniţiativă şi refugierea într-o lume fictivă (278). Privită dintr-o altă incidenţă, criza de originalitate juvenilă s-ar produce şi datorită disociaţiei dintre nivelul cunoştinţelor sale intelectuale, credinţele şi accepţiunile sale afective (4).

Unii autori (49; 291) precizează că manifestările crizei juvenile — originalitatea vestimentară, a coafurii, cultul muzicii şi dansului primitiv, manifestări ale afirmării şi impunerii de sine — nu trebuie să provoace îngrijorare cîtă vreme se exteriorizează în forme acceptabile, mai ales avîndu-se în vedere raritatea cazurilor grave. Prezenţa acestor fenomene printre tineri ar demonstra, pentru unii autori (19), dificultăţile lor adaptative şi de integrare socială, rezultat al disproporţiei dintre precocitatea lor intelectuală şi infantilismul lor afectiv, precum şi al dublei lor apartenenţe, la adolescenţă şi la vîrsta adultă (Piaget). Extinderea fenomenelor semnalate este explicată de similitudinea trebuinţelor sociale, a experienţei şi achiziţiilor membrilor grupului de tineri (122). Copierea modelelor comportamentale ale membrilor grupului este însă puternic influenţată de caracterul pe care tînărul şi l-a format în familie, de nivelul atins de sentimentul său social. Zazzo (citat în 465) face însă precizarea că forma de manifestare a crizei adolescentului este tributară contextului sociocultural, ceea ce explică faptul că forma noogenă a nevrozei — generată de conflicte valorice şi de conştiinţă, dublată de sentimentele de frustraţie, absurd şi vid existenţial (Vymetal, Klitzke şi Frankl, 125) şi manifestată prin goana după plăceri şi distracţii, toxicomanie etc. — se întîlneşte în ţările capitaliste, în care condiţiile de viaţă sînt dominate de insecuritate, inechitate şi dezumanizare (419).

În orice caz, rapiditatea transformării lumii contemporane impune acordarea unui sprijin mai substanţial adolescentului, pentru că într-o lume schimbătoare este nevoie de structuri suple, dotate cu obiectivitate dezvoltată, dar fără afectarea subiectivităţii (416), ţinîndu-se seama şi de faptul că *securitatea emoţională reprezintă un punct cardinal de igienă mintală* (144).

Sesizînd persistenţa mentalităţii conform căreia „aşa-zisa criză fiziologică" a pubertăţii ar fi efemeră, ar trece de la sine, mai înainte ca măcar tînărul să-i fi observat prezenţa (246), cercetătorii subliniază inexactitatea acestei opinii, ştiut fiind că integrarea socială a insului este puternic influenţată de integrarea cerebrală a sexualităţii (282; 284). De asemenea se vorbeşte curent despre nivelul scăzut al cunoştinţelor şi despre acuitatea educaţiei sexuale a tinerilor, arătîndu-se că „. . . a ignora sexualitatea înseamnă a considera o personalitate căreia i s-a amputat una dintre cele mai esenţiale funcţii, o personalitate imperfectă, dezumanizată . . ." (94). Persistenţa falsei pudori şi ignoranţa în problemele sexualităţii normale atrag după sine „demisia" părinţilor de la rolul lor de educatori (1; 13; 139; 141; 189; 238; 328; 329; 401; 418), nu rareori educaţia sexuală fiind lăsată pe seama copiilor înşişi (126; 144; 240; 327). Or, „. . . o curiozitate nesatisfăcută, atmosfera de clandestinitate aţîţă interesul copilului, îl complică, introducînd în starea sa de spirit tendinţe ob-

Scanned with OKEN Scanner

sesive și favorizînd apariția complexului de culpabilitate" (94). Allendry (citat în 94) consideră că neglijarea laturii afective a sexualității reprezintă o piedică sigură în calea unei educații profitabile pentru viitorul tînărului.

În ceea ce privește atitudinea familiei și a societății față de primele manifestări ale erotismului, unele dintre interdicțiile tradiționale reprezintă un stimulent cu efecte pozitive (1), dar tînărul nu are atîta nevoie de interdicții, cît are de adevăr (Berge). Pe de altă parte, nici confuzia ce se face uneori între acceptarea sexualității și practicarea ei nu este admisibilă (418), pentru că favorizează o permisivitate excesivă față de comportamentul sexual al tinerilor (13; 40; 247), dăunătoare datorită menținerii frămîntărilor și neliniștilor generatoare de complexe de inferioritate, consecință a transformării „activismului erotic" din subdominant, în dominant (49). Cînd pe scena familiei și a societății începe desfășurarea „dramei" adolescentine de maturizare (35), părinții și școala constată că nu s-au achitat integral de obligațiile lor de educatori și, aceasta, tocmai într-o epocă invadată de elemente erotigene (55; 222; 246), în care chiar și unii dintre adulți adoptă o modă și un comportament — mame cu minijupe etc. — care-i privează pe copii de un model corespunzător de identificare (4; 19; 55). Așa se explică escaladarea sexualității de către adolescentul contemporan și efectele negative ale acesteia asupra sănătății mintale (144; 329). Tocmai de aceea se insistă asupra necesității organizării unei educații sexuale raționale care să cuprindă masele largi (71; 94; 161; 184; 190; 245; 265; 396; 397; 426).

Iată deci că nu se mai pot accepta vechile idei conform cărora adolescența ar fi lipsită de griji și de obligații, dominante fiind activitățile recreative sub ocrotirea părinților (Zazzo, citat în 94). Mentalități de acest fel rezultă din dificultatea abordării psihismului adolescentului, explicabilă prin interiorizarea și comportamentul său contradictoriu (Teodorescu, 49). În această privință, trebuie să se țină seama de faptul că în ciuda caracterului opozant și protestatar al comportamentului său, adolescentul este puternic dependent afectiv de părinți (168).

Adulții și în special părinții pot și trebuie să-i sprijine pe tineri, cunoscîndu-i și investind un efort constant de înțelegere și afecțiune, dar fără a renunța la autoritatea lor. Colette Destombes (citat în 94) arată că în această etapă trebuie evitate atitudinile vădit moralizatoare și sfaturile și încurajate, în schimb, confesiunile ce permit o bună cunoaștere. Autonomia progresivă este facilitată de solicitarea efortului și a simțului responsabilității care-i pun în valoare aptitudinile; tînărul respinge tentativa de a i se pune hățuri, iar hiperprotecția conduce la devalorizare.

În legătură cu criza de maturizare juvenilă, psihanaliza descrie adolescența ca pe o etapă de dezechilibru psihic, rezultat al ciocnirii dintre Eu și Supraeu, dar cercetările efectuate pe adolescenți normali au demonstrat că nu există perturbări grave produse de adolescență și că se poate vorbi mai curînd de o dezvoltare în salturi, decît de un vulcan în erupție (168). Și Korkina susține că frecvent, perturbările funcționale cortico-subcorticale, indispensabile maturizării afective, sînt consecința oboselii produsă de *stress* sau de suprasolicitare (168). Nici Krevelen nu admite caracterul critic al acestei etape, după cum nu este de acord ca demodulările psihice observate să fie etichetate ca tulburări *ale* adolescenței; psihozele instalate la această vîrstă nu recunosc în adolescență o cauză, această etapă neputînd juca decît un rol declanșator în cinci feluri diferite. Prima modalitate, ca factor *timp* — predispoziția sau leziunea patologică se manifestă în adolescență deoarece instalarea bolii e precedată de o perioadă de latență — al

Scanned with OKEN Scanner

doilea factor, *vîrsta* — perturbarea rezultă din disproporţia solicitării societăţii, în raport cu capacitatea individului — al treilea factor, *provocator* — în sensul vulnerabilităţii tînărului în etapa adolescenţei — al patrulea factor, *patoplastic* — ca perioadă psihologică delimitată, adolescenţa determină un impact asupra tulburărilor instalate în această etapă, indiferent de originea lor — în sfîrşit, ultimul factor, *patogen* — numărul tulburărilor a căror origine ar fi adolescenţa *per se*, este cu mult inferior faţă de ceea ce se credea înainte (168).

Dar perioada de maturizare a adolescentului coincide şi cu şcolarizarea sa, ceea ce implică pentru cadrele didactice obligaţia de a-i sprijini devenirea şi inserţia în viaţă. Scutiţi de subiectivismul inerent părinţilor şi graţie experienţei, profesorii pot descoperi mai uşor particularităţile structurale ale fiecărui tînăr şi se pot informa asupra situaţiei sale familiale, adaptîndu-şi metodele pedagogice stadiului de maturizare al fiecăruia. Autoritatea ce derivă din statutul său de dascăl şi de adult trebuie să fie valorificată prin stima pe care şi-o cucereşte din partea elevilor, graţie corectitudinii modelului personal oferit lor pentru identificare. Odată atinse aceste obiective, profesorul va deveni şi confidentul elevilor săi, condiţie esenţială pentru penetrabilitatea intervenţiei sale educative multidimensionale. Intervenţia sa vizează maturizarea armonioasă a personalităţii, orientarea vocaţiei, dezvoltarea atitudinilor, instruirea şi formarea unei imagini despre lume conformă realităţii. În corelaţie cu alţi factori, aceste acţiuni contribuie substanţial la închegarea acelei „familii" a clasei liceale cu includerea profesorilor, element important pentru constituirea sentimentului de apartenenţă la grup. Semnificaţia modelului reprezentat de cadrul didactic se reflectă adesea atît în opţiunea profesională, cît şi în identificarea tinerilor cu unele dintre trăsăturile profesorului care le-a servit ca model.

Cunoaşterea acestor aspecte este obligatorie pentru cei care au tangenţe cu tineretul (120), fie ei părinţi, cadre didactice, medici etc. Numai aşa se pot înţelege sensurile profunde ale trăsăturilor proprii tineretului contemporan, evitîndu-se confuzia dintre aceste particularităţi, defectele de educaţie şi manifestările patologice. Concepţiilor după care copilul ar fi miniatura adultului (325), ca şi acelora care susţin necesitatea identităţii mentalităţilor şi comportamentelor generaţiilor succesive le lipseşte fundamentarea ştiinţifică; de asemenea, conservatorismul exagerat pe care-l postulează frînează progresul şi adaptarea tinerilor la schimbările ce se produc în lume.

Expunerea prezentată în paginile anterioare despre etapele pre-, intra- şi postpubertară ale adolescenţei înlesneşte înţelegera premiselor definitivării procesului de maturizare a personalităţii, care are loc în postadolescenţă, etapă ce se suprapune celei de student. Cunoaşterea stadiilor anterioare, precum şi a statutului studentului sînt indispensabile pentru înţelegerea unora dintre mentalităţile şi comportamentele sale, surprinzătoare în raport cu maturitatea sa biologică, dar şi cu persoana studentului din generaţiile de universitari dinaintea şi din timpul celui de al doilea război mondial. O astfel de atitudine expune la riscul psihiatrizării unor aspecte comune. De asemenea, ignorarea diferenţelor dintre generaţiile tinere de azi şi cele de ieri se poate solda cu subestimarea semnificaţiilor reale ale unor manifestări aparent banale, nu rareori in- sau dezadaptarea instalată în postadolescenţă putînd prefaţa demodulări ale personalităţii şi dificultăţi viitoare de inserţie în viaţă şi în profesie.

Persistenţa unor trăsături adolescentine la student este pusă de unii autori pe seama slabei presiuni exercitate de mediul universitar (19), la care se adau-

Scanned with OKEN Scanner

gă caracterul „în devenire" al statutului său profesional şi un statut social „în suspensie", rezultat al prelungirii dependenţei sale economice (Sivadon, citat în 246). Se profilează astfel un conflict între nerăbdarea tînărului de a-şi obţine autonomia ca adult şi lipsa suportului economic, indispensabil autodeterminării. Din acest punct de vedere, integrarea învăţămîntului cu cercetarea şi cu producţia, introdusă în ţara noastră din 1976, înlesneşte cunoaşterea cu un ceas mai devreme a exigenţelor sociale şi profesionale reale. De fapt, conflictul menţionat, autonomie-dependenţă, constituie substratul prelungirii adolescenţei la student (5; 13; 35; 71; 77; 97; 139; 177; 178; 212; 238; 240; 309; 328; 413; 414; 418; 441; 462); restul tinerilor deja angajaţi în producţie, beneficiind de un venit propriu şi supuşi integral presiunii sociale, cu statut profesional şi social definit, suferă o rapidă maturizare a personalităţii.

Erikson (168) consideră adolescenţa tîrzie drept faza de dobîndire a identităţii. Obişnuit deja cu transformările somatice din perioada pubertară şi mai stăpîn pe achiziţiile sale şcolare, tînărul îşi învaţă rolul social, presiunea socială şi trebuinţele sale interne fiind factorii de bază ai succesului său.

Autodescoperirea sa se realizează prin comparaţia cu adulţii maturi, cu părinţii, cu cei de-o seamă şi cu cei mai mici. Deşi simptomatologia crizei juvenile seamănă cu cea a schizofreniei sau a nevrozei, ea „ ... nu este o nenorocire, ci o criză normativă..." şi cu toată amplificarea conflictelor, există un potenţial de dezvoltare şi o energie suficiente pentru a satisface noile funcţii ale Eului, spre deosebire de nevroză unde energiile sînt risipite pentru conflictele circulare de autoînfrîngere. J. Rousselet (374) precizează că energia tînărului nemaifiind angajată în lichidarea proceselor interne din perioada de exaltare şi de afirmare a adolescenţei, este proiectată pe cîmpul competiţiei sociale. Dornic de consacrare şi succes, el se înflăcărează uşor pentru idealuri umanitare mari, dovedindu-se înarmat cu o judecată aspră şi incisivă, urînd ipocrizia şi minciuna.

În momentul abordării studiilor universitare, tînărul păşeşte în *etapa postadolescenţei*, etapă în care se desfăşoară maturizarea afectivă şi psihosocială a personalităţii. Concomitenţa maturizării afective cu cea psihosocială se explică prin faptul că afectivitatea are caracterul de expresie subiectivă a adaptării şi de funcţie de raportare; afectivitatea „ . . . citeşte vectorul prezenţei în grup a insului . . ." (427).

În cele ce urmează vom aborda ansamblul aspectelor somatopsihice şi ale situaţiei studentului, cu scopul de a înlesni înţelegerea unor mentalităţi, atitudini şi comportamente ale sale, uneori surprinzătoare. Graţie unui complex de factori ce se află în strînsă interdependenţă, studentul păstrează multe trăsături adolescentine. Astfel, pe plan biologic persistă o marcată labilitate neuroendocrinovegetativă, intim corelată cu latura emoţional-afectivă, mai evidentă la studente (64). Dintre factorii ce pot fi incriminaţi menţionăm: dominanta sedentară a activităţii — chiar şi în puţinul timp de care dispune, tînărul arareori mai practică un joc sportiv; solicitarea intelectuală intensă în condiţii de tensiune emoţională ridicată, atît datorită caracterului competitiv al muncii sale, cît şi riscului de eşec; discontinuitatea curbei de efort, cu vîrfuri — muncă în asalt — în sesiunile de examene; încălcări ale normelor de igienă şi de psihoigienă, începînd cu nerespectarea ritmicităţii alimentaţiei, cu fumatul şi consumul excesiv de cafea şi terminînd cu reducerea orelor de somn şi defectuoasa administrare a bugetului timpului.

Pe plan psihologic, continuă procesul de maturizare afectivă cu restructurarea relaţiilor afective cu părinţii şi cu asimilarea formei superioare, specific umană a erotismului (351), care se traduce prin căutarea viitorului partener

Scanned with OKEN Scanner

de viață. Iau astfel naștere destul de frecvent conflicte între dependența afectivă de părinți și tendința de desprindere de aceștia, în scopul stabilirii unor relații afective erotice și, prin intermediul lor, în scopul elaborării sentimentului de autonomie. Acest moment de cristalizare afectivă este de multe ori umbrit de echivoc, mai ales dacă atitudinea părinților este ea însăși ambiguă — studentul este tratat ca un elev mai mare, dar i se acordă o autonomie cvasitotală, inoperantă datorită dependenței sale economice, ceea ce expune la riscul apariției unui sentiment de insecuritate (126) — sau extremistă, ca atunci cînd autoritatea parenterală are caracter despotic, sugrumînd orice încercare a tînărului de a se autoconduce; același efect negativ asupra maturizării îl are și abdicarea totală a părintelui de la sarcinile sale de îndrumare, care supraevaluează astfel nivelul de maturizare atins de tînăr și-l supraprotejează.

Aceasta este perioada cînd se înregistrează cele mai frecvente conflicte cu părinții pe tema relațiilor erotice ale tînărului. Sub influența imaginii sale ideale despre lume și a tendinței de consumare rapidă a trebuințelor, tînărul manifestă o mare nerăbdare și nu de puține ori pune părinților problema căsătoriei sale. Fideli concepțiilor tradiționale — căsătoria după terminarea studiilor — și temîndu-se de implicațiile unei decizii pripite, dar mai ales de eventualitatea unui eșec școlar favorizat de dominanta motivațională erotică, părinții se opun acestei căsătorii premature. Rezultatul este că tînărul, sub presiunea trebuințelor sale erotice și a dorinței de autonomie, va interpreta refuzul părintelui ca pe o lipsă de înțelegere și de încredere în capacitatea sa de inserție în viață, ceea ce-l face să trăiască o carență afectivă. Ca o reacție, apar atitudinile și comportamentele protestatare ce poartă marca trăsăturilor proprii ale personalității și care pot îmbrăca false aspecte patologice, reflectare de fapt a conflictului afectiv părinți-posibil partener de viață. Un astfel de impas psihologic poate constitui factorul declanșator al unei boli psihice latente, dar atunci cînd intervine la tînărul cu un teren psihic normal și cînd părinții procedează cu tact, reprezintă un pas înainte pe calea maturizării afective. Riscul este constituit de polarizarea preocupărilor sale pe tărîmul frămîntărilor menționate și de repercusiunile asupra rezultatelor sale la învățătură.

Dar dincolo de conflictul semnalat, tinerii contemporani adoptă în relațiile lor erotice un stil diferit de cel tradițional, adesea șocant pentru adultul matur. În parte rod al educației și al climatului familial, în parte artificial, copiat, avînd caracter de modă și purtînd amprenta particularităților persoanei, noul stil reflectă mentalități noi, dar și o imaturitate, prin nota demonstrativă, uneori chiar cu tendința de ostentație. În contrast cu o parte dintre studenți care-și refulează tendințele firești ale vîrstei, refuzîndu-și orice relație erotică sub pretextul unui nivel ridicat al aspirației lor profesionale, alții abordează în mod nerealist aceste relații interpersonale, destinate în primul rînd cunoașterii reciproce, confundîndu-le cu relațiile conjugale. Acordarea unui atare statut legăturii lor conduce la frecvente confruntări și dispute între parteneri, ce ating asimptota în perioadele din preajma sesiunilor de examene, cînd se suprapun hiperactivării psihice și surmenajului; ele pot avea consecințe nefaste pe plan școlar și pe plan afectiv, datorită dramatizării semnificațiilor acestor dispute minore, dar și reacțiilor pe care le amorsează din partea părinților.

Dificultățile de maturizare semnalate dezvăluie substratul multora dintre atitudinile și comportamentele „surprinzătoare" ale acestor tineri, pe care atît părinții, cît și multe dintre cadrele didactice îi consideră maturi și tind să-i compare cu modelul propriei lor tinereți.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă vom avea însă în vedere condiţiile social-economice în care cresc şi învaţă tinerii contemporani din ţara noastră, incomparabil superioare celor de care au dispus generaţiile antebelice, şi tendinţa de multe ori exagerată a educaţiei parentale de a-i proteja de presiunea socială şi dacă vom lua în considerare condiţiile specifice perioadelor pre-, intra- şi postbelice în care generaţiile mature de azi şi-au făcut studiile, diferenţele vor fi suficiente pentru a demonstra imposibilitatea efectuării unor comparaţii. Toate condiţiile semnalate explică de ce atunci problematica erotică, spre exemplu, era depăşită în semnificaţie de problema supravieţuirii, de ce gradul de maturizare a studentului supus unei presiuni sociale cvasitotale şi vitrege era net superior celui atins de studentul contemporan. Conflictele generate de relaţiile erotice în perioada peribelică treceau pe un plan secundar, pentru că, aşa cum rezultă din observaţiile făcute de Uexküll (citat de 195) pe deţinuţii din lagărele naziste, prezenţa ameninţării vitale mobilizează în aşa măsură resursele adaptative ale insului în scopul supravieţuirii, încît toate conflictele minore, incertitudinile, dificultăţile deliberative şi operaţionale sînt anihilate.

În ceea ce priveşte evoluţia şi ritmul dezvoltării laturii psihosociale a personalităţii, funcţie directă de influenţele mediului şi de nivelul maturizării, premergător admiterii în facultate, noutatea mediului universitar şi a situaţiei în care tînărul trebuie să-şi rezolve *singur* unele probleme de viaţă reprezintă o rampă de lansare pe traiectoria inserţiei sale în viaţă. Dacă pentru tînărul provenit din afara centrului universitar, departe de familie, se ridică problema adaptării la specificul metropolei — aglomeraţie, poluare fonică, anomie, presiunea timpului etc. — şi la mediul din căminul studenţesc, pentru toţi tinerii intraţi pe porţile facultăţii începe o confruntare mai acută dintre imaginea lor ideală despre lume şi viaţă, cu realitatea însăşi. Odată dezagregată mica familie a clasei de liceu, noua colectivitate studenţească impune stabilirea unor relaţii interpersonale noi. Deşi grupul la care trebuie să se afilieze proaspătul student este relativ omogen — caracteristici sociale, sisteme de valori, aspiraţii, nivel cognitiv —, există variaţii caracterial-educative mari, imprimate şi de mediile socioculturale foarte diferite din care provin tinerii, care fac mai dificilă afilierea. Întrucît intervine şi fenomenul sociologic al variabilităţii vieţii preferenţiale, cu toată omogenitatea grupului, relaţiile şi legăturile dintre membrii săi oscilează de la simpatie reciprocă sau cordialitate, pînă la antipatie şi indiferenţă (149). Folosind pentru analiza situaţiei colectivităţii de studenţi modelul elaborat de Schein (citat în 155), care se referă la cele trei funcţii ale grupului, se constată că:

— funcţia de „support" — satisfacerea trebuinţelor de afiliere, prietenie şi susţinere — este insuficient de consistentă, realitatea nefiind în concordanţă cu aşteptările acestor tineri, care vin cu o imagine preformată ideală, în cadrul căreia sînt şterse diferenţele individuale şi desfiinţate treptele ierarhice ale relaţiilor interumane. Contactul cu realitatea, constatarea că celălalt nu corespunde imaginii standard, că investiţia sa afectivă nu şi-a găsit corespondenţa, pot da naştere sentimentului de frustrare şi de descumpănire care-l face pe tînăr să ezite în stabilirea de noi relaţii şi, generalizînd riscul unor noi deziluzii, să se însingureze, să se simtă singur;

— funcţia de „self-esteem" — confirmarea identităţii de sine şi susţinerea încrederii în sine — este şi ea diminuată de conştientizarea tranzienţei grupului, precum şi de reacţiile exagerate ale grupului la eventualele sale eşecuri adaptative sau şcolare;

— funcţia de testare a realităţii şi, prin aceasta, funcţia de edificare a sentimentului de securitate şi de creştere a

Scanned with OKEN Scanner

forței psihologice și morale grație apartenenței la grup, este labilă, preferențială și superficială. Caracterul competitiv al activității poate uneori destrăma sentimentul de securitate, înlocuindu-l cu unul de adversitate — așa cum se întîmplă mai frecvent în ultimii ani de studii, cînd se apropie perspectiva repartizării în producție —, fenomen care face ca și forța psihologică indusă de apartenența la grup să se manifeste mai pregnant în afara mediului universitar decît între granițele instituției.

Așa se explică, prin distanța de familie, de catedră și de colegi, acele momente în care studentul trăiește sentimentul unei însingurări afective și al insecurității. Mai ales în momentele de surmenaj și sub acțiunea unor situații sau evenimente psihotraumatizante, fie ele de natură școlară, erotică, familială sau socială, se produc zdruncinări ale autostimei, încrederii în forțele proprii și ale desfășurării procesului de maturizare psihosocială. Așa cum afirma Viorica Stănculescu (415), în pofida aparențelor gălăgioasei vieți gregare a studentului, condiția de student imprimă o notă de izolare și de nesiguranță vieții acestui tînăr, de care trebuie să se țină seama. În concordanță cu opinia menționată, se ridică problema penuriei timpului de care dispun studenții pentru o bună cunoaștere reciprocă, pentru stabilirea unor relații și legături mai profunde, în condițiile supraîncărcării programelor analitice și orarelor, distanțelor cronofage ce trebuie parcurse între cămin, cantină și sediul facultății, limitării timpului de ședere la masă în cantină etc. În acest sens sînt de menționat efectele pozitive ale antrenării studentului în activități culturale și artistice sau sportive, organizarea de tabere de vară etc., care oferă prilejul unor contacte mai apropiate și mai consistente între membrii acestei colectivități.

Diferențele de afiliere la grup a tinerilor din generațiile contemporane au fost constatate și într-o cercetare efectuată pe un lot de 700 de elevi din clasa a VIII-a: 28% dintre ei au negat relațiile amicale cu colegii, iar 18% au ocolit răspunsul (49). Personal, chestionînd 875 de studenți, neselecționați, am constatat că 34,6% erau izolați de colegii lor, proporție care creștea de la 33% printre studenții anului I, la 39% printre cei din anii III și IV. Dacă 21% din totalul celor investigați recunoșteau că manifestă o sociabilitate redusă încă din perioada școlii elementare, 10% aveau prieteni numai în afara facultății. Accentuarea caracterului competitiv al activității, de care aminteam, și care împietează asupra relațiilor dintre colegi, se reflectă în proporția de două ori mai mare a „însingurașilor" din anii mari, față de aceea existentă în primul an de studii — 12,3% față de 6,7%. Dacă este adevărat că aceste date oglindesc dificultățile de afiliere la grup și existența unor condiții particulare ce derivă din însuși specificul mediului universitar, nu este mai puțin adevărat că trebuie să se țină seama și de factorii personali. Astfel, proporția studenților în situația de „copil unic" la părinți se ridică în lotul nostru la 30,7%, cunoscută fiind frecventa dificultate de încadrare în grup a acestor tineri. Iată deci că dificultățile de afiliere la grup întîlnite printre studenți își au rădăcinile în adolescența timpurie și influențează uneori negativ maturizarea laturii psihosociale a personalității acestora.

În ceea ce privește problema efortului de adaptare la exigența universitară, momentul trecerii din liceu în facultate este marcat de o tensiune emoțională ce se instaurează încă din penultimul an de liceu și continuă pînă după concursul de admitere. Această veritabilă stare de alertă este amorsată de părinți, care creează în familie, cu sau fără voia lor, un climat de prospectare anxioasă a viitorului profesional al tînărului, amplificată uneori de suprapunerea conflictelor pe tema opțiunii profesionale. Intervenția acestei stări, în-

Scanned with OKEN Scanner

tr-un moment critic al maturizării, poate genera reacţii comportamentale inadecvate, ce se răsfrîng asupra performanţelor tînărului după admiterea sa în facultate.

Începerea studiilor universitare, marcată însă de insuficienta continuitate dintre programa analitică liceală şi cea universitară, chiar dacă înfiinţarea liceelor de specialitate a remediat în parte deficienţa, coincide cu o rupere de ritm a activităţii; aceasta depăşeşte mult, ca volum de muncă, aşteptările tînărului, căruia conţinutul programei analitice, mai ales din primii doi ani de studii, i se pare neconcordant cu imaginea sa despre munca din profesie. Dacă timpul studentului este ocupat integral cu obligaţiile şcolare, pot apărea un sentiment de frustrare, scăderea motivaţiei pentru studiu şi implicit a randamentului la învăţătură, consecinţă a privării lui de posibilitatea de a-şi satisface trebuinţele spirituale ce tind să „baleieze" spaţii cît mai largi ale cunoaşterii. Şocat şi de dificultăţile provocate de trecerea de la învăţarea receptivă la învăţarea selectivă şi autodirijată, el îşi măreşte numărul orelor de studiu individual şi, neînţelegînd de ce roadele muncii sale nu mai sînt cele din liceu, în pofida efortului său sporit, se simte descumpănit, aşteaptă sprijinul cadrelor didactice; acest sprijin este neconsistent, deoarece cadrele didactice, considerîndu-l matur, îi vor impune o distanţă necorespunzătoare pentru momentul cînd caracterul, ideile şi orientarea sa civică se vor cristaliza (263). În consecinţă, sprijinul primit nu va satisface aşteptările tînărului, care-şi doreşte un sfătuitor competent şi înţelegător, atît pe planul instruirii sale, cît şi pe cel al problematicii personale. Indiferenţa sau refuzul sprjinului solicitat echivalează cu o frustrare afectivă şi amorsează reacţii de ostilitate sau inhibitorii (19; 173; 246; 263; 355). Avînd vîrsta biologică a adultului, studentul a depăşit etapa în care dorea să devină adult, considerîndu-se şi dorind să fie tratat ca atare, de unde şi dorinţa sa ca în locul educatorului „tutore", în locul adultului „atotştiutor" să găsească un antrenor profesional şi social, un prieten căruia să i se poată destăinui, fără teama de a fi jignit sau umilit. El simte nevoia de a fi călăuzit fără a plăti pentru aceasta cu independenţa sa şi acceptă modelele care-i sînt oferite, numai cu condiţia de a nu-i fi impuse.

Acest context complicat al situaţiei sale, al statutului său profesional şi social îl fac vulnerabil la riscul eşecului adaptativ şi şcolar, ceea ce se reflectă în acele neconcordanţe ale mentalităţilor, atitudinilor şi comportamentelor sale cu vîrsta lui biologică.

Factori de risc adaptativ atribuiţi contemporaneităţii

Problemele pe care adaptarea le pune omului sînt atît de complexe şi variantele de rezolvare atît de numeroase, încît strategiile bazate pe algoritmi exhuastivi devin inaplicabile. De aceea omul foloseşte sisteme de rezolvare euristice, fiecare dispunînd de un set propriu de euristici, a căror eficienţă depinde de numărul şi calitatea lor. Capacitatea de a rezolva problemele ridicate de adaptare defineşte abilitatea (21), facultate ce înglobează asimilarea şi acomodarea (49). „Omul", scrie Kelly (citat în 21), „reuşeşte să înţeleagă, să rezică şi să controleze universul său, construind un model al acestuia şi reacţionînd la aşteptările ce se degajă". Dar, dat fiind că adaptarea omului are caracter activ şi conştient, s-ar putea conchide că adaptabilitatea evoluează paralel cu cunoaşterea, adevăr numai parţial valabil. Deşi există limite ale adaptabilităţii umane, se pare că acestea vizează în special viteza de adaptare la schimbările mediului, or, contemporaneitatea forţează adaptabilitatea tocmai prin ritmul transformărilor induse. Pe de altă parte, conform conceptului totalităţii transcauzale postu-

Scanned with OKEN Scanner

lat de Dürkheim, interacţiunea om-mediu are caracter de reciprocitate (331), deci creşterea numărului şi eficienţei acţiunilor omului asupra mediului conţine în dialectica sa atît progresul, cît şi înmulţirea factorilor de risc, de unde şi aspectul de reacţie în lanţ a adaptării. Spre exemplu, răspîndirea automobilului, deşi echivalează cu un progres evident, a sporit poluarea mediului, riscul accidentelor de circulaţie şi criza de carburanţi.

Reluînd discuţia despre limitele adaptabilităţii omului vom sublinia posibilitatea lărgirii acestor limite, fapt demonstrat atît de activitatea cosmonauţilor în condiţii de imponderabilitate, cît şi de capacitatea de a antrena să meargă pe bicicletă indivizi cărora li se pun ochelari ce răstoarnă imaginile cu 180° (Ehrisman şi Köhler, citat de 331). Totuşi, timpul necesar pentru asimilarea şi acomodarea la un factor de mediu depinde de forţa de a acţiona a insului şi de gradul de noutate al factorului respectiv.

Dificultăţile de adaptare ale omului contemporan la solicitările mediului — Alexis Carrel vorbea în 1937 de o „criză a civilizaţiei" — au determinat modificarea structurii morbidităţii şi, ca o reacţie, creşterea explozivă a cercetărilor privitoare la etologia omului, la substratul neurofiziologic al vieţii sale afective etc., cercetări ce vizează adaptarea civilizaţiei la om şi a omului la civilizaţia pe care şi-o construieşte el însuşi (278). Unul dintre rezultatele cercetărilor este definirea noţiunii „factor de risc" în sensul de factor capabil să perturbeze sănătatea somatică, psihică sau socială a individului. La simpozionul din 1970 cu tema „societate, *stress*, boală", s-a demonstrat că separarea componentelor stressului este arbitrară de vreme ce interacţiunea factorilor fizici şi sociali din antecedentele stressului este evidentă, iar răspunsurile fiziologice, psihologice şi psihosociale sînt intercorelate; deci stressul are o etiologie multifactorială (123).

Noţiunea de *stress*, apărută odată cu adoptarea conceptului modern al adaptării, a evidenţiat existenţa „sindromului general de adaptare", consecinţă a disproporţiei dintre solicitările mediului şi capacitatea insului de a răspunde. Acest fenomen include printre răspunsurile adaptative şi învăţarea unor modalităţi de apărare împotriva factorilor stressanţi, contribuind astfel la fixarea noilor modalităţi de adaptare. În schimb, există şi împrejurări în care procesul de adaptare devine el însuşi cauză de îmbolnăvire. În acest spirit, Selye — creatorul conceptului de *stress* — împarte bolile adaptării în *sindroame de subadaptare* — expresie a epuizării reacţiilor de apărare ce pot conduce la dezadaptarea organismului faţă de impactul agentului stressant — şi *sindroamele de supraadaptare* ce menţin organismul în alertă, determinînd reacţii paradoxale şi după ce a încetat acţiunea agentului stressant. Aceste adaptări defectuoase se pot manifesta prin boli de tipul maladiei hipertensive, al sindroamelor psihosomatice, de uzură, degenerative etc. (123).

Nu ne vom ocupa de stressul somatic, ci numai de agenţii stressanţi psihici „primari" şi de cei psihosociali. Cei primari sînt reprezentaţi de ameninţări, frustrări şi conflicte (123), în timp ce agenţii stressanţi psihosociali determină, după opinia lui Selye, trei tipuri de răspunsuri în teritoriul interpersonal: *reacţia sintoxică* — negarea ameninţării şi a adaptării; *reacţia catatoxică* — lupta împotriva ameninţării — şi *reacţia de fugă*. Dar, concomitent cu definirea stressului psihosocial a apărut şi sociosomatica sau sociopsihosomatica, direcţie de cercetare nouă care a demonstrat faptul că, exceptînd factorul genetic, cauza tuturor maladiilor trebuie căutată exclusiv în acţiunea factorilor patogeni legaţi de mediul înconjurător. Acest concept etiologic este prezentat de Schaefer (386) astfel:

A — Cauze genetice;

Scanned with OKEN Scanner

B — Cauze negenetice (prezente în mediu):
- B_1 — influenţe fizico-chimice (accidente, radiaţii, climă, otrăviri, malnutriţie etc.)
- B_2 — boli prin carenţă (foamete, avitaminoze);
- B_3 — infecţii, paraziţi;
- B_4 — cauze sociale — în sens restrîns:
  - a) tehnologie (inclusiv bolile iatrogene)
  - b) obiceiuri
  - c) reacţii psihosociale
  - d) urmări ale educaţiei.

Această clasificare ilustrează reciprocitatea relaţiei om-mediu, pentru că ţine seama de trăsăturile specifice omului, şi anume de raţiune şi sociabilitate, relaţiile sociale constituind o parte integrantă a personalităţii (Sullivan citat în 94).

Cum „. . . a trăi înseamnă a face faţă unor situaţii complexe şi contradictorii . . .“ (94), plusul de nocivitate al contemporaneităţii şi înmulţirea factorilor de risc adaptativ pe parcursul ultimelor decenii se cer demonstrate pentru a putea accepta eticheta de „ergotrop“ aplicată secolului XX de Hess, ori cea de „anxiogen“ sau opinia lui Guillaume, conform căreia „. . . emoţiile au devenit moneda bătută a vieţii“ (161). Sînt autori care vorbesc de o „nevroză a secolului“ (326), în timp ce alţii subliniază paralelismul dintre evoluţia civilizaţiei şi creşterea incidenţei depresiunilor; aceasta afectează, aşa cum rezultă din datele O.M.S. pe anul 1975, 3% din populaţia globului (Lehmann, 267). Dar împotriva tezei creşterii caracterului psihostressant al vieţii contemporane se ridică o serie de autori care consideră că argumentul statistic al creşterii ponderii îmbolnăvirilor psihiatrice nu este suficient pentru a demonstra că viaţa ar fi astăzi mai traumatizantă decît a fost în trecut (126; 166; 303). Creşterea menţionată ar putea fi consecinţa îmbunătăţirii înregistrării statistice a cazurilor noi (43) sau a atenţiei sporite pe care medicii o acordă factorilor de mediu, problemelor de psihologie şi de psihiatrie (15; 289) sau creşterii nivelului culturii medicale a populaţiei şi influenţei negative exercitată de unele materiale de educaţie sanitară (77; 173; 266; 328; 413); ca dovadă în sprijinul celor afirmate amintim creşterea consumului de asistenţă medicală, precum şi răspîndirea unor tendinţe individuale de a răstălmăci dreptul la sănătate într-un drept la îmbolnăvire (15). Ca o replică la aceste obiecţii, în parte justificate, s-au efectuat sondaje în grupuri mari de populaţie, care au demonstrat că incidenţa crescîndă a bolilor psihiatrice este o realitate, deci că într-adevăr dezvoltarea societăţii moderne echivalează cu progresul, dar şi cu amplificarea riscului adaptativ (70; 278; 287).

Prin urmare, în timp ce omul primitiv suferea cu precădere din cauza factorilor nocivi ai biosferei, omul contemporan este mai sensibil la factorii sociosferei (Wolf, citat de 112; 386; 462), sfera generală „omul în lume“ cuprinzînd noţiunile de *stress*, alergie şi maladie psihosomatică (68; 162; 215; 221; 267). Dar factorii psihostressanţi acţionează şi pe versantul somatic (195), fapt demonstrat printre altele, de scurtarea duratei de viaţă, provocată de surmenajul afectiv (115), de preponderenţa bolilor „sociosomatice“ în structura morbidităţii tanatogene etc. Dealtfel, Miller (în 278) susţine că limitele adaptabilităţii ar fi în prezent depăşite, idee pe care o regăsim şi la alţi autori; unii dintre ei afirmă chiar că omul n-ar mai fi capabil să împace nevoile sale biologice cu cele impuse de civilizaţie (429). Se ajunge astfel în situaţia ca făcînd caz de realism să se omită însăşi realitatea (246). Alţii pun fenomenul pe seama restructurării viziunii asupra lumii ca rezultat al modificării ierarhiei valorilor indusă de revoluţia ştiinţifico-tehnică, de urbanizare şi de efortul de însuşire a noii culturi (328). În acest sens, Cornelia Dimitriu (94)

Scanned with OKEN Scanner

subliniază faptul că ritmul accelerat de dezvoltare a societăţii provoacă perimarea rapidă a valorilor, concepţiilor, mentalităţilor şi stilului de viaţă, creînd multiple dificultăţi de adaptare. Cu alte cuvinte, dimensiunea socială a sănătăţii solicitînd autoactualizarea, integrarea, autonomia, perceperea şi stăpînirea mediului ambiant, ar reprezenta problema majoră a sanogenezei (328). Prin urmare, rapiditatea transformărilor echivalează cu suprasolicitarea capacităţii adaptative, de unde şi creşterea riscului de eşec (287), pentru că orice suprasolicitare senzorială, cognitivă sau a deciziei poate induce comportamente dezadaptate. Studiile efectuate de Ransom (441) cu ajutorul „scării unităţilor de schimbare" şi al „indicilor de schimbare a vieţii", la un lot de 3 000 de cetăţeni, au evidenţiat creşterea riscului de îmbolnăvire paralel cu relevanţa şi numărul schimbărilor survenite în viaţa individului; Hinkle (citat de 441) observă o proporţionalitate între incidenţa stărilor gripale şi gradul de solicitare psihică a indivizilor — conflicte, tensiuni emoţionale, schimbări de situaţie etc.

Aceste fenomene sociale implicate în creşterea morbidităţii sînt puse pe socoteala dezvoltării explozive a cunoaşterii şi tehnicii şi a consecinţelor lor — industrializarea, automatizarea, urbanizarea. S-a emis ipoteza că datorită mijloacelor rapide de difuzare, bombardamentul informaţional exercitat de avalanşa noilor descoperiri ar determina o suprasolicitare, în special la tineretul studios, a cărui pregătire profesională şi instruire trebuie să ţină pasul cu tot ce este nou. În acest sens, sînt demne de reţinut observaţiile făcute de M. Maliţa (citat de 94), şi anume că „... nu volumul acestei informaţii înmiite în raport cu trecutul este prilej de dezintegrare mintală, căci omul este apt, după ultimele cercetări, să integreze şi mai multe semnale din lumea exterioară. Tragedia începe cînd aceste informaţii conţin contradicţii ireductibile". Acelaşi autor (citat de 311) afirmă: „... Generaţia contemporană foloseşte maşinile de calcul exact în momentul în care numărul de factori ce se adresează judecăţii omeneşti a ajuns de nestăpînit prin mintea goală şi singură". La rîndul lor, Stössel şi Ogodescu constată: „... asistăm la derularea uluitoarei explozii informaţionale comparabilă cu o fisiune în lanţ..." (127) şi consideră că alarma pe care o creează este numai în parte justificată, dat fiind că „genialitatea tuturor" este în primul rînd o capacitate ofensivă prin care omul îşi salvgardează identitatea împotriva provocării informaţionale (427).

În ceea ce priveşte industrializarea şi urbanizarea, ambele conţin în dialectica lor, pe lîngă imensitatea binefacerilor, şi o creştere a factorilor de risc adaptativ, consecinţa perturbării stării de sănătate mintală printr-un complex de cauze nocive, reunite metaforic sub denumirea de „boală a civilizaţiei" (Brânzei, 49). Pe de o parte, industrializarea atrăgînd mase mari de populaţie din mediul rural, a condus la creşterea numărului acelor oraşe de pe glob care au peste un milion de locuitori şi la apariţia oraşelor-„mamut" care adăpostesc ele singure aproape o zecime din populaţia Terrei. Pe de altă parte, industrializarea agriculturii a grăbit procesul de urbanizare a localităţilor rurale. Dar, „... urbanizarea nu este doar un proces de creştere a oraşelor, de extindere a acestora într-un spaţiu social preexistent şi predestinat lor, ci şi un proces care comportă puternice restructurări în viaţa socială în general, mutaţii în poziţia individului în societate, în sistemele de valori, în modul de viaţă etc." (Cazacu, citat de 94). Familiile mutate în mediul urban suferă iniţial, din cauza unui complex de dezrădăcinare şi înstrăinare pe plan social, un sentiment de dezechilibru şi de încordare, o „însingurare" a familiei, generat mai ales de necesitatea de a se adapta la noile condiţii de mediu

Scanned with OKEN Scanner

și de a adopta un mod de viață complet diferit de cel sociocultural tradițional (123). Klaus (citat de 328) afirmă că nu de puține ori fluxul excesiv de excitații care poluează mediul provoacă dereglări ale sistemelor cibernetice din sistemul nervos; ar fi vorba de discrepanța dintre „a trebui" și „a putea" (429). Unii sociologi apreciază că în centrele aglomerate individualitatea ar tinde să se piardă în anonimat, relațiile sociale s-ar dilua, iar mulțimea solicitărilor extrafamiliale ar putea conduce la o tendință de dezangajare și de izolare. Rome (în 217) afirma că după al doilea război mondial societatea s-a schimbat în așa măsură încît, datorită heterogenității compoziției sale, comunicarea între membrii ei nu poate fi menținută decît cu dificultate. Același autor citează mai multe opinii referitoare la viața în societatea contemporană, dintre care menționăm pe aceea a lui Seely (care crede că societatea „haotică" actuală ar conduce la anomie), pe a lui Einstein (care caracteriza societatea din 1950 ca o epocă cu un mare grad de insecuritate exterior și interior), pe a lui Erikson (care atribuie tehnocrației un grad de impersonalitate), pe a lui Durkheim (care vede în slăbirea relațiilor sociale un fel de astenie colectivă, o „malaise" socială similară tristeții omului, simptom de „dezagregare a societății") și în final opinia lui Marx care postulează faptul că „... modul de producție al vieții materiale este determinant pentru aspectele vieții sociale, politice și intelectuale ...". Așa cum rezultă din postulatul lui Marx, toate caracterizările de mai sus se referă la societatea capitalistă. La fel se poate interpreta și aserțiunea lui Keilholz (108): „... teamă, încordări emoționale, tensionare musculară sînt simptomele timpului nostru. Factori ca zgomotul, presiunea timpului, prejudicierea individualității de către norme sociale impuse de tehnicizarea și de automatizarea progresivă, creșterea materialismului, precum și suprasolicitarea forțelor spirituale sînt cauzele lor". Păstrînd rezervele cuvenite față de astfel de interpretări exagerat de pesimiste în ceea ce privește consecințele urbanizării familiei, trebuie să recunoaștem că paralel cu o incontestabilă creștere a nivelului de trai, există riscuri noi la care este expus individul, ca: sedentarismul (72), trecerea de la un regim alimentar predominant vegetarian-hidrocarbonat la unul bogat în lipide și proteine, mediul ecologic al orașului incomparabil mai poluat (56; 278; 328) și, în sfîrșit, creșterea simțitoare a traficului rutier [în S.U.A. într-un singur deceniu accidentele mortale au înregistrat un spor de 49%, iar în R.F.G. în numai patru ani sporul a fost de 18% (219; 248)], au amplificat riscul sanogenetic.

Pe de altă parte, densitatea populației atingînd în unele orașe valori mai mari de 30 000 de locuitori/kmp, a devenit imperioasă dezvoltarea orașelor pe verticală. Astfel, apartamentul din blocul de locuințe, reducînd spațiul psihologic al individului, ar fi favorizat, după unii autori (278), apariția sentimentelor de claustrare, de izolare și de insecuritate afectivă menționate anterior. Însumate, noile condiții ale mediului urban contemporan sînt învinuite de a fi cauza reducerii duratei de viață a citadinilor din unele țări (388), durată cu cinci ani mai mică decît aceea a locuitorilor din mediul rural.

Se apreciază de asemenea că tehnica modernă impune creșterea fineței mișcărilor și a solicitării intelectuale, nu numai din cauza trebuinței de informație ce-l caracterizează pe omul modern, ci și a ritmului rapid de creștere a nivelului tehnicii. Or, solicitarea permanentă și exagerată a capacității de decizie și de execuție, sub permanenta presiune a timpului, reprezintă ea însăși o condiție stressantă (123). Faptul că factorul *neuman* — totalitatea condițiilor de mediu specifice civilizației moderne — este implicat în aceeași măsură în amorsarea unor răspunsuri dez-

Scanned with OKEN Scanner

adaptate ale individului ca și factorul *uman* — totalitatea particularităților insului — l-a determinat pe Levi (citat de 94) să considere că rapiditatea evoluției tehnicii depășind ritmul de evoluție biologică a individului, modalitățile de adaptare ale acestuia n-ar mai fi corespunzătoare condițiilor psihologice și socioeconomice contemporane.

Datele de morbiditate din ultimele decenii par să susțină parțial diversele opinii ale autorilor menționați. De pildă morbiditatea psihiatrică a crescut în unele țări de la 0,5—8,5‰ în decada 1945—1954 la 5—30‰ în decada următoare (Dimitriev, citat de 46); de asemenea se observă creșterea ponderei acestor afecțiuni în structura morbidității cu incapacitate temporară de muncă (126; 131; 162; 228; 267; 278; 287; 303; 408), precum și un plus de morbiditate în mediul urban (148). Rapoartele O.M.S. arătau că în 1960 nevroticii reprezentau cca 10—30% dintre pacienții care-l consultă pe omnipractician, că acești bolnavi absorb jumătate din consultațiile efectuate în ambulator și blochează 34% din paturile rezervate secțiilor de boli interne (6). Pe de altă parte, Pamfilova (citată de 49) aprecia că la Leningrad o treime dintre pacienții îndrumați la cabinetul de neurologie prezentau o simptomatologie nevrotică, iar Ciompi (citat de 327) subliniază tendința de egalizare a numărului paturilor din spitalele de psihiatrie cu numărul celor rezervate tuturor celorlalte tipuri de afecțiuni. Garonne (138) apreciază, la rîndul său, că cca 30% din populație are nevoie cel puțin o dată în viață de asistență psihiatrică. În orice caz este demn de reținut că din întreaga patologie psihiatrică, nevrozele sînt cele care ating proporții din ce în ce mai ridicate. Prin anchete efectuate în diferite colectivități s-au stabilit următoarele valori ale prevalenței nevrozei: Cohen și colab. (1933) — 0,2%; Eaton și Weil (1950) — 1,15%; ancheta de la Baltimore (1933—1955) — 5,26%; în țara noastră — 1,46% în 1959 și 1,76% în 1965. O anchetă efectuată în capitala țării noastre pe 11 729 de persoane în vîrstă de peste 15 ani a stabilit că, în timp ce prin metoda pasivă de înregistrare prevalența nevrozelor este de 2,72%, prin metoda activă prevalența se ridică la 6,7%, iar pentru psihoze și psihopatii, la 2,94% și, respectiv, 2,14% (348).

În ceea ce privește psihozele endogene, Lehman (126) evaluează la 4,5 milioane numărul de cazuri de schizofrenie ce se înregistrează anual pe glob, fenomen semnificativ mai ales dacă admitem contribuția factorilor exogeni la instalarea unora dintre cazurile de schizofrenie (168; 342).

Și psihoza maniaco-depresivă a atins proporții extrem de ridicate. Dacă Ayd considera că 10% din populație prezintă la un moment dat al existenței sale tulburări timice care să reclame îngrijire psihiatrică, Cohen în 1968 și Mayer-Gross în 1969 apreciau incidența medie a acestei afecțiuni pe glob între 3 și 4‰ (343), iar Rome (367) considera că în 1971 în S.U.A. depresia ocupa locul al treilea în ierarhia bolilor psihiatrice.

Creșterea morbidității psihiatrice pune grave probleme societății contemporane, pentru că „rebuturile" nu-l privesc numai pe individ, ci și familia și întreaga colectivitate din care face parte (126; 209).

La prima vedere, complexitatea problemelor induse de solicitările adaptative ale contemporaneității ar putea lăsa impresia că viitorul omenirii ar fi întunecat, ceea ce se dovedește inexact. Omul modern dispune de resurse inepuizabile de adaptare, dar mai ales poate și a început să se preocupe de reducerea poluării mediului său ecologic și psihologic. În vederea reușitei se impune în primul rînd identificarea factorilor de risc, a rezervelor capacității de adaptare și fructificarea rapidă a noilor achiziții (1; 4; 6; 19; 37; 56; 125; 144; 189; 212; 221; 287; 289; 328).

Scanned with OKEN Scanner

Date referitoare la morbiditatea tineretului şcolar şi universitar contemporan

Nivelul morbidităţii psihiatrice propriu-zise şi acela al dificultăţilor de adaptare — „dificultăţi la învăţătură" — ale elevilor şi studenţilor justifică interesul crescînd ce i se acordă, pentru că permite identificarea factorilor de risc studii-sănătate şi clarificarea atît de discutatei contribuţii a particularităţilor şcolii contemporane la favorizarea creşterii acestei morbidităţi cît şi a implicaţiilor acestor dificultăţi în determinismul eşecurilor şcolare şi universitare (13; 71; 86; 126; 173; 179; 186; 191; 266; 278; 287; 309; 354; 413; 441; 469). Aceasta cu atît mai mult, cu cît dificultăţile la învăţătură, dificultăţile emoţionale, dezadaptările acute, impasuri ce se situează în zonele limitrofe ale normalităţii, sînt foarte diferit interpretate de factorii implicaţi în educarea şi ocrotirea sănătăţii tineretului. Prefaţînd discuţia asupra acestor tulburări, subliniem că experienţa acumulată pînă în prezent pe toate meridianele demonstrează cu maximă certitudine faptul că, deşi practic nepatologice, tulburările menţionate, specifice tineretului studios, reclamă o maximă atenţie din trei motive principale: intervenţia lor într-un moment critic al definirii personalităţii, coincizînd cu maturizarea afectivă, posibilitatea lor de a masca debutul unei psihoze şi capacitatea lor de a submina devenirea tînărului pe toate planurile, psihologic, profesional şi social.

Includerea cîtorva exemple din morbiditatea şcolarilor în lucrarea de faţă este necesară pentru că în această etapă se acumulează o experienţă somatopsihică, adevărată „tablă neagră", pe care se scriu apăsat factorii de risc din etapa universitară (413). Aserţiunea de mai sus este confirmată de Sundquist (citat de 347), care constată că 13% dintre studenţii primului an universitar trecuseră deja printr-un cabinet de psihiatrie înainte de a aborda studiile superioare. Parafrazîndu-l pe Woodsworth, care afirma că „copilul este tatăl omului", Thomazi (citat de 438) afirmă că elevul este tatăl studentului. La rîndul său Masterson (citat de 356) subliniază că „dezordinea" adolescenţei poate etala simptome care reprezintă exagerarea adolescentină a patologiei vîrstei adulte, ceea ce justifică recomandarea majorităţii autorilor de a urmări cu atenţie devierile de la normal ale personalităţii copiilor şi adolescenţilor, precum şi de a le sprijini corecta maturizare (4; 49; 94; 144; 438).

Redăm cîteva date în acest sens. În Anglia, în 1961, se aprecia că 46 000 de elevi au prezentat tulburări emoţionale sau de comportament care au impus măsuri terapeutice, iar dintre copiii examinaţi medical la admiterea în şcoala elementară, 14% prezentau defecte congenitale (13). În legătură cu această ultimă constatare, subliniem că la copii şi adolescenţi se impune o mare atenţie identificării unui eventual substrat organic al tulburărilor psihice. În acest sens, Niessen (370), subliniind contribuţia factorilor de mediu la apariţia tulburărilor de comportament ale copilului, diferenţiază net tulburările de comportament propriu-zise — reacţii psihice, dezvoltare disocială, sindroame de frustrare emoţională şi tulburări de maturizare psihologică — de sindroamele organice cerebrale, nevroze, psihopatii şi psihoze, care au o etiologie şi un prognostic diferite. Este suficient să reamintim asemănările dintre unele sindroame psihiatrice şi simptomatologia produsă de disfuncţiile lobului temporal, disfuncţii care nu de puţine ori au ca substrat un traumatism obstetrical (8; 95; 229; 253; 270). Alteori putem avea surpriza ca în spatele unui tablou nevrotiform să descoperim un viciu de refracţie oculară necorectat, eventualitate relativ frecventă. Este interesant de menţionat că la examenul efectuat copiilor ce intrau în prima clasă ele-

Scanned with OKEN Scanner

mentară, medicii japonezi au constatat că 10% prezentau miopii, procent care creştea la 30 pe parcursul şcolarizării (în 13).

Studii întreprinse într-un cabinet de neuropsihiatrie infantilă din ţară arătau că unul din trei copii aflaţi în evidenţa cabinetului prezenta reacţii psihogene de tip nevrotic, date concordante cu cele publicate de Kolegova; aceasta constata că 36,7% din populaţia cuprinsă între 0 şi 18 ani, care suferea de boli neuropsihice, avea tulburări nevrotice sau nevrotiforme, proporţie care creştea la 56% dacă acestora li se adaugă şi stările marginale (49). Alte studii efectuate de Brill în rîndul copiilor americani, stabileau că între 2 şi 12% dintre copii şi adolescenţi ar avea nevoie de sprijin psihiatric (49). Frecvenţa ridicată a acestor afecţiuni prefigurează un risc adaptativ substanţial, apreciat de Cosmovici la cca 30% din cei 5 000 de preadolescenţi examinaţi (49).

Înainte de a prezenta date privitoare la morbiditatea populaţiei studenţeşti, vom preciza că în centrul nostru universitar, candidaţii la concursul de admitere în facultate se prezintă cu o fişă de sănătate care cuprinde rezultatul examenelor medicale de specialitate şi antecedentele patologice. Această fişă, completată corespunzător, poate servi ca instrument de lucru util pentru urmărirea evoluţiei stării de sănătate a tînărului de-a lungul anilor de studii universitare. Un nou examen medical complex, care se efectuează studenţilor din anul I, completează bilanţul real al sănătăţii lor în momentul admiterii în facultate. Cercetarea efectuată de Pavelescu (354) pe 200 de studenţi arată că o treime dintre ei prezentau disarmonii somatice, cca 90% carii dentare şi afecţiuni O.R.L., 43% tulburări dispeptice etc. În Finlanda, Savonen (71), examinînd 12 712 studenţi din anul I de facultate, constată că 15% prezentau afecţiuni oculare, 2% boli digestive, 1% tulburări psihice, 1,8% boli endocrine şi metabolice şi 16,6% dintre fete, anemii. Desigur că nivelul acestei morbidităţi, depistată activ, variază şi în funcţie de optica examinatorului, nivelul fiind mult mai ridicat dacă se iau în considerare şi tulburările funcţionale, în afara celor organice.

În ceea ce priveşte morbiditatea generală a populaţiei studenţeşti din centrul nostru universitar, se constată o scădere progresivă începînd din 1964. Scăderea indicilor de morbiditate s-a realizat în special pe seama îmbolnăvirilor de tuberculoză şi de alte boli transmisibile. Cum era şi firesc, în aceşti ani s-a produs şi o nouă ierarhizare a grupelor de afecţiuni în structura morbidităţii, pe primele două locuri, în ordinea frecvenţei, situîndu-se afecţiunile stomatologice şi cele O.R.L. Urmează infecţiile acute ale căilor respiratorii superioare, a căror răspîndire este facilitată de condiţiile specifice unei populaţii care locuieşte şi munceşte în comun. În continuare se situează, ca pondere, afecţiunile digestive, oftalmologice şi dermatologice. Bolile digestive, în majoritate funcţionale, reflectă atît frecventa încălcare de către tineri a normelor de alimentaţie raţională — preferinţă pentru alimente solide şi reci, consum excesiv de cafea, fumat, lipsa de ritmicitate a alimentaţiei —, cît şi tensiunea emoţională ridicată ce le domină activitatea. Afecţiunile oftalmologice înglobează în special viciile de refracţie oculară, iar cele dermatologice sînt dominate de bolile pielii şi fanerelor.

Îmbolnăvirile neuropsihice au urcat în ierarhia structurii morbidităţii, ocupînd în 1975 locul al V-lea, atît prin prăbuşirea incidenţei tuberculozei şi bolilor transmisibile, cît şi printr-o mai bună înregistrare a lor graţie plusului de experienţă dobîndit de medicii din reţeaua sanitară. Totuşi se poate presupune că la această creştere au contribuit şi sporirea exigenţei universitare, precum şi repetatele reorganizări ale

Scanned with OKEN Scanner

învățămîntului superior impuse de dezvoltarea rapidă a țării noastre. Din această grupă de afecțiuni se detașează prin frecvența lor dezadaptările nevrotice și infranevrotice, al căror substrat este reprezentat de dificultățile de adaptare la noutatea mediului și exigenței universitare (19; 71; 179; 180; 187; 309; 347; 413), acțiunea factorilor de risc studii-sănătate suprapunîndu-se peste procesul de maturizare a personalității, proces care-i face sensibili asemenea unei plăci fotografice (246). Dealtfel, cu toate deosebirile evidente ce există între condițiile social-economice ale studenților din diferite țări, morbiditatea psihiatrică este mai încărcată la studenți față de restul populației de aceeași vîrstă. Pentru aceasta pledează datele statistice din literatură, ca: studiile unor centre de îndrumare psihologică a studenților care demonstrează că 80—90% dintre ei acuză simptome nevrotice sau psihopatologice (469); în Franța se apreciază că o treime dintre studenți au nevoie de îndrumare psihologică (97), iar în Norvegia și în Olanda, studenții îndrumați către cabinetele de psihiatrie ating proporția de 2—30% din totalul tineretului universitar (13). De asemenea 5% dintre studenții americani solicită consultații psihiatrice (13). Canuteson, urmărind evoluția a 281 dintre pacienții săi, ajunge la concluzia că aceștia se repartizează astfel: 25,3% sufereau de pe urma unei reacții sau a unei personalități schizoide, la 15% era vorba de adaptări defectuoase, numai 11,7% putînd fi considerați mintal sănătoși (13). Din cercetarea efectuată de Canuteson este demn de reținut faptul că aproape un sfert dintre cei examinați prezentau reacții sau personalități schizoide, tocmai pentru că sub această formă se manifestă frecvent dificultățile de maturizare a studenților, mai ales în primii doi ani de studii, cînd capacitatea lor de adaptare la noile condiții de mediu și de muncă din facultate este solicitată la maximum. Totodată coloritul autist, atipic al crizelor de maturizare subliniază posibilitatea derapajului acestor sindroame într-o schizofrenie „exogenă", motiv pentru care toți autorii subliniază necesitatea imperioasă de a se urmări evoluția în timp a acestor tulburări, de cele mai multe ori reversibile.

În ceea ce privește morbiditatea psihiatrică propriu-zisă, aceasta atingea în Franța cca 3% (98), în Anglia 8% (Fry citat de 213), în Cehoslovacia 1,5% (71), printre studenții milanezi între 5% și 10% (126) etc. În S.U.A. și în Anglia 10—15% dintre studenți prezintă tulburări „emoționale" sau psihiatrice și cca 1—2%, boli psihice grave. Ryle (168) subliniază că bolile psihice grave sînt mai frecvente la studenții din primul an, fenomen observat și la tinerii care încep stagiul militar, din cauza dificultăților de adaptare. Menționăm și faptul că în Anglia numărul tentativelor suicidare ale studenților s-a dublat după al doilea război mondial (369).

În general se apreciază, pe baza depistărilor active efectuate în populația studențească, o frecvență a tulburărilor psihice de cca 10—20%, bolile severe variind între 1% și 4% (347). În Anglia, morbiditatea psihiatrică a studenților este dominată de dezadaptările nevrotice, Kuhn evaluînd la 30% ponderea studenților cu dificultăți de adaptare semnificative din primul an de studii (citat de 51). Același fenomen este semnalat și în țara noastră (49) unde, dintre diagnosticele psihiatrice stabilite într-o policlinică studențească, cel de nevroză acoperea procentul de 92,59, frecvența acestor afecțiuni scăzînd de la primul la ultimul an de studii. De fapt, existența unor astfel de dificultăți și la studenții din ultimii ani permite presupunerea că dificultățile de maturizare (71) și cele de adaptare sînt întreținute și de unele deficiențe de organizare și desfășurare a procesului de învățămînt (173). În 1974 Pavelescu (citat de 347), studiind fișele medicale ale absolvenților unui institut de învățămînt supe-

Scanned with OKEN Scanner

rior, constată că 31% dintre absolvenţi suferiseră de-a lungul anilor de studii universitare de stări nevrotice, sindroame de suprasolicitare sau stări astenice, la o treime dintre ei evoluţia fiind recidivantă sau cu tendinţă de cronicizare. Să reţinem însă că, pe lîngă elasticitatea cadrului nosologic al nevrozei (344), care influenţează corecta înregistrare a cazurilor, incompleta maturizare a personalităţii studentului ce facilitează confuzia dintre nevroză şi tulburările „pseudonevrotice", cum numeşte Stănculescu (413) acele tulburări pe care Nixon (citat de 350) le încadrează în „tulburări situaţionale trecătoare", reacţii de apărare generate de probleme trecătoare situaţionale sau de dezvoltare, ce acoperă, după autorul citat, 60% din consultaţiile psihiatrice solicitate de studenţi. În acelaşi sens trebuie interpretate şi rezultatele sondajului efectuat de Kreindler şi Ardeleanu (404) cu ajutorul unui chestionar, care indică o frecvenţă de 47,5% pentru acuzele nevrotice izolate şi de 27,3% pentru acuze suficiente stabilirii diagnosticului de nevroză.

Iată şi alte date referitoare la structura morbidităţii psihiatrice la studenţi, extrase din lucrările prezentate la Congresul de medicină şi igienă şcolară şi universitară în 1963 (13): din 245 de studenţi milanezi cu tulburări psihice, 6,2% erau psihotici, cca 28% nevrotici şi psihosomatici şi 63% prezentau dezadaptări acute; Davy apreciază că psihozele şi reacţiile psihotice ocupă 15% din tulburările psihice ale studenţilor englezi; incidenţa sindroamelor schizoide se aprecia la 6% printre universitarii italieni şi la 12% printre cei americani, cu observaţia că dintre psihoze, schizofrenia şi mai ales formele reactive ale acestei boli ar fi cele mai răspîndite, probabil din cauza coincidenţei vîrstei studentului cu aceea la care debutează cel mai des schizofrenia, dar şi din cauza transformării unor dezadaptări şcolare în dezadaptări sociale, aşa cum susţine Debar (13). Nu este mai puţin adevărat că la aceşti tineri, tabloul clinic al unora dintre sindroamele de dezadaptare poate preta la confuzii cu schizofrenia incipientă.

În sfîrşit, cîteva cuvinte despre incidenţa superioară a îmbolnăvirilor psihiatrice la studenţi, comparativ cu restul populaţiei de aceeaşi vîrstă, diferenţă considerată nesemnificativă de unii autori, ca Kidd şi colab., Read etc., şi semnificativă de alţii, ca Ryle, Lucas, Sundquist, Odegard (citat în 347). Şi alte cercetări, străine (13) şi româneşti (353), confirmă existenţa unei morbidităţi psihiatrice mai ridicate la studenţi, diferenţele fiind evaluate pînă la 30%. Astfel sindroamele schizofrenice erau mai frecvente printre studenţii din Varşovia decît printre restul tinerilor (206), iar în perioada 1948—1958 tentativele suicidare înregistrate la studenţii din Oxford depăşeau de 2 ori pe cele din populaţia cuprinsă între 20 şi 24 de ani (Lyman, citat în 13), pentru ca în 1970 diferenţa să crească de 3—6 ori (168), iar în S.U.A. elevii şi studenţii să prezinte de 50 de ori mai des decît restul tinerilor un comportament suicidar (367).

Toate aceste date dovedesc existenţa unor factori de risc specifici mediului universitar, „expresie a proceselor de adaptare socioprofesională (Brânzei şi Şelaru, 70), care merită cercetări aprofundate.

Implicaţiile exploziei demografice şi tehnico-ştiinţifice în dezvoltarea învăţămîntului; adaptarea şcolii la elev, respectiv la student

Particularităţile contemporaneităţii au impus transformări substanţiale învăţămîntului tradiţional din punct de vedere al conţinutului, formei, duratei şi metodologiei. Rapiditatea îmbogăţirii cunoaşterii şi scurtarea timpului necesar pentru aplicarea practică a noilor descoperiri au transformat învăţămîntul

Scanned with OKEN Scanner

într-un proces dinamic. Perfecționările tehnicii, automatizările, industrializarea agriculturii, urbanizarea, ridicarea nivelului cultural solicită o pregătire profesională din ce în ce mai complexă și elastică, ce trebuie să continue toată viața, pentru a permite, la nevoie, reprofilări impuse de progresul societății. Apar mereu profesii noi, în timp ce altele dispar, fenomen ce implică o creștere a adaptabilității individului și o pregătire multilaterală pasibilă de perfecționare și de redirecționare în concordanță cu cerințele. Dar multe dintre noile achiziții ale cunoașterii, avînd un caracter revoluționar, solicită restructurarea și chiar abandonarea unor concepte tradiționale. Omul modern este astfel pus în dificultate pentru că informațiile deja stocate, la care trebuie să renunțe ca perimate, sînt protejate de „energii", iar cele noi se acumulează de asemenea cu prețul unor energii necesar dislocării celor preexistente (Lowell, citat în 441). Pe de altă parte, Lubin (citat de 441), bazîndu-se pe cunoștințele de neurofiziologie referitoare la reacția de orientare, a demonstrat că expunerea individului la un mediu supraîncărcat cu elemente noi reprezintă o situație stressantă, deoarece permanentizarea reacției de orientare echivalează cu o inundare a organismului cu adrenalină, deci cu instalarea anxietății. În sfîrșit, bombardamentul informațional impune și scurtarea timpului util — „... intervalul temporar în cursul căruia o problemă trebuie rezolvată, pentru ca rezolvarea ei să fie utilă sistemului" (21), ceea ce îi amplifică efectele.

În astfel de condiții pregătirea profesională corespunzătoare exigențelor nu mai este o problemă de opțiune, ci una indispensabilă existenței omului modern. Tocmai de aceea școala tradițională nu mai putea corespunde, astăzi punîndu-se acut problema sprijinirii și dezvoltării capacității de adaptare a tinerilor la noile cerințe. Înmulțirea școlilor cu profil de specialitate, prelungirea duratei studiilor, coborîrea vîrstei de școlarizare a copiilor, generalizarea învățămîntului școlar și preșcolar, cursurile de reciclare și de perfecționare, continua restructurare a programelor analitice, îmbinarea armonioasă a învățămîntului cu cercetarea și cu producția, educarea tinerilor în spiritul vremurilor de astăzi tind să satisfacă dezideratul pregătirii unei inserții corespunzătoare a tinerilor în viață și profesie.

Dar problemelor deja menționate li s-au adăugat și cele generate de explozia demografică — în 1970 numărul tinerilor depășea cifra de un miliard —, urmată de cea școlară. În 1965 proporția studenților la suta de mii de locuitori atingea în Franța 84, în Japonia 111, în U.R.S.S. 167 etc. (285); ponderea studenților raportată la întreaga populație de aceeași vîrstă a crescut în perioada 1950—1970, în Franța de la 3,5% la 10%, în Cehoslovacia de la 3,1% la 6,9%, în Suedia de la 3,6% la 12,2% etc. (71). În România, numărul facultăților și al cadrelor didactice aferente a crescut în perioada 1938—1967 de 6 ori, iar numărul studenților s-a triplat în 1978 față de 1960, prevăzîndu-se în continuare să se realizeze cuprinderea tuturor copiilor de vîrstă preșcolară în grădinițe și dezvoltarea învățămîntului în așa măsură, încît cca 10% din populația țării să fie cuprinsă în diversele forme de învățămînt. Atenția ce se acordă în România instruirii și educării tinerelor generații este ilustrată de gratuitatea învățămîntului de toate gradele, precum și de marile investiții destinate construirii noilor localuri de învățămînt, dotării lor cu cele mai moderne mijloace tehnice necesare procesului de învățămînt, construcției de cămine și cantine pentru studenți, case de cultură etc.

Prețuirea învățăturii a rămas aceeași de-a lungul mileniilor, de la dascălii sumerieni care-și sfătuiau elevii „... să

Scanned with OKEN Scanner

dăruiască inima ştiinţei, iubind-o ca pe mama . . ." şi pînă azi, dar metodele folosite în antichitate, bazate pe principiul conform căruia „ . . . elevii au urechile la spate . . ., iar spatele ascultă dacă este lovit . . ." (67) au dispărut de mult. Nici metoda acumulării mecanice de cunoştinţe, care a dominat pedagogia milenii în şir, nu a rezistat decît pînă la reforma lui Comenius (1592—1670), care a introdus în procesul de învăţămînt metodele audiovizuale. O serie de mari reforme ale obiectivelor învăţămîntului şi a metodelor pedagogice utilizate s-au succedat pînă în zilele noastre, cînd „ . . . mai cu seamă învăţămîntul superior trebuie să-i înveţe pe tineri să înveţe să studieze, să gîndească şi nu să ştie pe dinafară teze abstracte (60). Postulînd principiul de bază al învăţămîntului din ţara noastră, *unitatea organică a învăţămîntului cu cercetarea şi cu producţia*, preşedintele României sintetizează obiectivul învăţămîntului contemporan, afirmînd: „Formarea tinerilor nu se asigură numai prin faptul că li se predă electronica, matematica, fizica sau agronomia; pregătirea pentru viaţă, pentru edificarea societăţii de mîine înseamnă formarea multilaterală, atît de specialitate, cît şi politică . . ." (60).

Unul dintre ctitorii pedagogiei moderne, Pestalozzi, considera că educaţia nu este numai „ . . . arta de a fi om, de a deveni om, de a rămîne om, de a-l face pe altul om . . . ci şi de a-l păstra om . . ." (395), prefigurînd ideea educaţiei permanente. Pedagogia contemporană se defineşte progresiv ca o pedagogie situaţională, pentru că omul ca sistem, aşa cum afirma K. Goldstein (395), se află permanent în „situaţii", relaţiile sale cu ambianţa reprezentînd o condiţie a existenţei sale, iar existenţa sa temporară constituindu-se din totalitatea situaţiilor. Implicată profund în totalitatea relaţiilor cu lumea, educaţia se defineşte ca un proces specific uman, permanent, intenţionat şi determinat, avînd un scop clar, înfăptuit cu o tehnică proprie în cadrul unei relaţii interpersonale şi de către o persoană înzestrată cu o autoritate corespunzătoare. Prin educaţie se urmăreşte dezvoltarea integrală, echilibrată şi dinamică, adaptarea creatoare a omului la exigenţele societăţii în orice fază a vieţii şi în oricare dintre situaţiile existenţei sale, pentru realizarea obiectivării, promovării şi salvgardării esenţei sale umane (395).

Tehnica modernă a determinat revizuirea vechii accepţiuni a noţiunii de metode audiovizuale în învăţămînt, prin care se înţelegea „ . . . ceea ce depăşeşte simpla expunere" (222). Dotarea laboratoarelor şcolare şi universitare cu aparatură electronică modernă, „maşinile de învăţat" care vizează introducerea învăţămîntului programat, menit să adapteze învăţarea la particularităţile individuale, înseamnă mai mult decît o simplă evoluţie. Cerinţele ştiinţei şi tehnicii moderne reclamă creşterea continuă a volumului de cunoştinţe ce trebuie asimilat de tînăr, apreciindu-se că în anul 2 000 un student va şti mai mult decît un om de geniu de astăzi (328). Faţă de solicitarea progresivă a capacităţii de engramare a creierului (chiar dacă în prezent nu este folosită decît 10% din capacitatea de engramare a creierului), nu s-au descoperit încă mijloacele de a se exploata capacitatea restantă, nici cele care ar putea accelera viteza de învăţare. De aceea a trebuit să se recurgă la prelungirea duratei şcolarizării, realizată în parte prin coborîrea vîrstei de şcolarizare a copilului de la 7 la 6 ani. Acest prim pas s-a făcut bazîndu-se pe faptul că creierul unui copil de 5 ani dispune deja de 80% din structurile adultului, precum şi de precocitatea intelectuală a copilului care a avut la îndemînă mijloacele moderne de informare. S-a născut însă o problemă: aceea de a nu se izgoni copilăria prin şcolarizarea precoce (203). În acest scop au crescut preocupările pentru adaptarea copilului la şcoală şi a şcolii la copil. Adaptarea

Scanned with OKEN Scanner

copilului înseamnă crearea condiţiilor „interioare" de accesibilitate şi de eficienţă pentru acţiunile educative (Holban, 49). Practic, precocitatea copiilor este azi cultivată şi dezvoltată prin toate mijloacele, începînd cu fabricarea unor jucării apte să exerseze atenţia, să dezvolte percepţia şi memoria, să contribuie la formarea unor noţiuni abstracte (203), cu programarea unor emisiuni speciale de radio şi televiziune pentru cei mici, cu şcoala părinţilor şi pînă la înmulţirea căminelor de zi şi a grădiniţelor. Astfel pregătiţi, copiii nu vor percepe şcoala ca pe o frustrare (Dollard, citat de 400) şi trecerea „... de la regula de conduită ludică, de la prescripţiile de joc .... la forma de conduită reală, la efort de acomodare practică, la reguli şi practici de muncă şcolară..." (324), devine firească, cu atît mai mult, cu cît grădiniţa reprezintă „... prima experienţă a vieţii în societate" (Minne, 86). Frecventarea grădiniţelor de către un număr crescînd de copii nu se explică numai prin factorii demografici şi socioeconomici, ci şi prin faptul că acolo copiii găsesc un cîmp larg de experienţă.

Din punct de vedere pedagogic, grupa şcolară mică — 6—12 ani — ridică problema disciplinării şi educării calitative a atenţiei, gîndirii şi memoriei (63). În această fază, eforturilor depuse pentru facilitarea adaptării copilului la şcoală, li se adaugă cele de adaptare a şcolii la copil. Vechiul mod de a privi clasa ca un loc în care pedagogul predă şi copilul primeşte cunoştinţe a trebuit să fie înlocuit, pentru că astăzi clasa este concepută ca un loc de muncă şi de întrepătrunderi mintale, la fel de importantă sub aspect afectiv, moral, intelectual sau de activitate (86). Se depun eforturi pentru a transforma clasa într-o societate ţinîndu-se seama de relaţiile interpersonale. Profesorul, reprezentant al societăţii adulţilor, trebuie să fie modelul asupra căruia copilul, mînat de trebuinţa de a deveni adult, să-şi proiecteze un Eu ideal. În acest spirit, pedagogia modernă respinge vechea concepţie autoritaristă, a severităţii excesive, oarbe, ca principiu de acţiune în procesul de învăţare-educare, autoritatea eficientă fiind concepută ca avînd la bază fermitatea, luciditatea, competenţa, consecvenţa şi coerenţa logică şi comportamentală (94). „Tehnica pedagogică a trecutului, scrie Pavelcu (citat de 94), greşea prin acordarea unei atenţii exagerate conţinutului intelectual al culturii, în dauna logicii afective". Astăzi se cere pedagogului să cunoască structura psihologică a copiilor, fără de care procesul educativ devine hazardat şi orb (Dewey), şi să contribuie astfel la adaptarea şcolii la copil. Procedînd în acest fel, pedagogul devine apt să participe împreună cu medicii, atît la depistarea copiilor cu anomalii psihice sau cu fenomene de in- sau dezadaptare (287), cît şi la orientarea şcolară.

În sfîrşit, precocitatea maturizării sexuale biologice impune unele măsuri chiar la grupa şcolarilor mici. Astfel, se ştie că tensiunea psihică, efortul de atenţie, prelungirea şederii în ora de curs provoacă la băieţi erecţii, micţiuni şi colici orhitice care facilitează instalarea masturbaţiei (45). Aceasta reclamă, printre altele, o educaţie corespunzătoare urmărind să prezinte fiecărui sex pe cel opus într-o atmosferă de respect şi de profundă completare (Berge, citat de 246). Acest tip de educaţie sexuală trebuie să elimine vechea atitudine de impunere a unor interdicţii, fără a oferi copiilor nimic educativ în această direcţie (332). De-abia în ultimele decenii apar încercări timide de a se introduce educaţia sexuală la această categorie de elevi.

Problemele enunţate se amplifică la şcolarii mari (12—17 ani), adolescenţi ce traversează etapa de maximă acuitate a conflictului dintre tendinţele biologice şi necesitatea încadrării în normele etice. Cercetări recente atestă că cca 90% dintre părinţi ignoră rolul lor

Scanned with OKEN Scanner

de educatori, tocmai în momentul transformărilor endocrine care aduc în prim plan problema identificării sexuale (327).

În faţa impetuozităţii cu care adolescentul îşi revendică independenţa, autoritatea parentală cedează pasul, transferînd şcolii o parte dintre obligaţiile ce-i revin. Tocmai de aceea se cere cadrelor didactice să reprezinte un model de identificare, mai ales pentru adolescenţii care nu găsesc modele corespunzătoare în familie, şi să substituie părinţii incapabili să satisfacă nevoia de cunoaştere, de înţelegere şi de afecţiune, devenind confidenţii şi sfătuitorii elevilor pentru toate problemele care-i frămîntă, inclusiv pentru cele legate de identificarea şi acceptarea sexualităţii.

Dar, cu toate eforturile depuse de a răspunde necesităţii de adaptare a şcolii la copil, mai există încă aspecte deficitare care se reflectă în incidenţa ridicată a inadaptărilor şcolare — spre exemplu, în Franţa, în 1959 se aprecia că cca 1,5 milioane de elevi prezentau fenomene de inadaptare (49). Dintre factorii cu valenţe psihopedagogice negative care induc conduite deviate la copii trebuie menţionaţi: supraîncărcarea orarelor şi programelor analitice, criticată încă în Imperiul roman — Quintilian afirma: „Asemenea vaselor cu gîtul strîmt, în care dacă turnăm mult dintr-odată, majoritatea dă pe afară, dar se umplu dacă turnăm cîte puţin, chiar cu picătura, tot aşa trebuie să procedăm şi cu copiii, să le dăm atît cît spiritul lor poate cuprinde“ (Rev. Ciba, 1977, p. 1). Se adaugă solicitarea tinerilor cu prea multe sarcini în afara celor şcolare, caracterul abstract sau insuficient de clar al unor manuale, metode şi stiluri defectuoase de predare, cadre didactice cu devieri ale personalităţii, lipsite de tact pedagogic şi psihopedagogic, insuficient preocupate de cunoaşterea personalităţii elevilor, sau pur şi simplu fără vocaţie pentru activitatea pedagogică (49; 268; 269; 374; 433; 464). Deficienţele semnalate, deşi se referă la etapa învăţămîntului şcolar, se răsfrîng şi devin evidente uneori abia în perioada studiilor universitare. Este destul să menţionăm faptul că tînărul absolvă liceul insuficient pregătit pentru a trece de la sistemul de învăţare bazat pe receptivitate, la cel independent, logic şi selectiv, impus de exigenţa universitară, sistem indispensabil formării gîndirii specifice profesiunii pentru care se instruieşte. La aceasta se mai adaugă şi lipsa de continuitate între liceu şi facultate, atît în ceea ce priveşte nivelul calitativ al programelor analitice, cît şi din punct de vedere docimologic. Relativa uşurinţă în acordarea calificativelor bune şi foarte bune din liceu este înlocuită cu exigenţă care uneori îl descumpăneşte pe tînărul din anul I de facultate, iar dacă acestuia i s-a cultivat o motivaţie exagerată pentru nota maximă, va ajunge rapid la un surmenaj patologic. În sfîrşit, deficienţele semnalate în organizarea şi desfăşurarea procesului de învăţămînt liceal influenţează negativ şi corecta orientare şcolară şi profesională, concursul de admitere în facultate nereuşind încă să opereze o selecţie satisfăcătoare a valorilor.

În altă ordine de idei, tinerii care la absolvirea liceului se angajează în producţie, dobîndesc rapid statutul social-economic de adult, maturizarea lor fiind accelerată de presiunea mediului social. Pentru o parte dintre bacalaureaţi se profilează însă concursul de admitere, moment crucial în devenirea lor, pentru că, aşa cum afirma Dewey (citat de 433), „... nimic nu e mai tragic decît eşecul în căutarea adevăratei ocupaţii în viaţă, ori constatarea că ai alunecat sau ai fost constrîns de împrejurări să exerciţi o profesiune pentru care nu ai afinităţi“. Practic, în acest moment tînărul ar trebui să-şi cunoască deja vocaţia, depistată prin intermediul activităţii de orientare profesională. Pentru corecta orientare profesio-

Scanned with OKEN Scanner

nală se impune, după Șuteu și Ozun (433), autocunoaștere și cunoaștere, cultivarea înclinațiilor, dezvoltarea intereselor și aptitudinilor, formarea priceperilor și deprinderilor, promovarea motivațiilor superioare, informare școlară și profesională — autoinformare și o pregătire incipientă — și sfatul de orientare, care nu trebuie să-i imprime alegerea, ci îl ajută pentru o alegere corespunzătoare. Orientarea profesională înseamnă de fapt pregătirea dispoziționlă, adică ameliorarea aptitudinilor, trezirea intereselor, crearea unei stări preferențiale, consolidarea unui fond diferențiat de informații și deprinderi (49). Astfel, prin experiență și exerciții se dezvoltă înclinațiile și aptitudinile, care-și au originea în tendințele primare engramate genetic și, în raport cu modelele sociale, se definesc către sfîrșitul adolescenței, odată cu stabilizarea intereselor (49). Psihologii precizează că opțiunea profesională nu trebuie confundată cu vocația, dat fiind că determinanții opțiunii, falsa imagine despre sine, climatul familial și social, voința părinților nu au nimic comun cu vocația. Variabilele care intervin în determinismul opțiunii profesionale se subdivid în cele care țin de societate (oferta societății, mobilitatea și dinamica profesiunilor, tradiția profesională, asigurarea condițiilor de pregătire și perspectivele de promovare și de perfecționare în profesie) și cele care țin de personalitatea adolescentului (maturizare, autonomizare, orientare valorică, autocunoaștere și informare profesională) (81). La rîndul său, vocația nu constă numai în aptitudini, în determinismul său intervenind și mobiluri de ordin afectiv și social. Acesta este motivul pentru care corespondența dintre vocație și opțiune, echivalentă cu garanția unei corecte integrări școlare și profesionale, este apreciată ca o măsură de igienă mintală (94). În sfîrșit, decizia tînărului în alegerea profesiei depinde și de calitatea informării sale asupra conținutului muncii sale viitoare, opțiunea fiind destul de dificilă din cauza marelui număr de profesii existente — cca 22 000 în 1969 (321). În țara noastră se editează anual micromonografii profesionale, ghiduri de orientare profesională și un îndrumător care cuprinde programa analitică necesară la concursul de admitere din diferitele facultăți, precum și perspectivele de încadrare în producție la absolvire. Această informare este cu atît mai utilă, cu cît reforma învățămîntului, dictată de nevoia adaptării sistemului de învățămînt la cerințele moderne, a atras după sine înmulțirea școlilor, datorită diferențierii acestora pe verticală — solicitare cantitativă diferită — și pe orizontală — solicitare calitativă variată.

Studii efectuate pe un lot de 300 de elevi au demonstrat că mulți dintre ei nu și-au ales profesia în funcție de aptitudini, unii și din cauza insuficientei informări în această direcție (49). Dar, nici chiar elevii din ultimele clase liceale nu se dovedesc a fi mai avizați în privința perspectivei profesionale; Bratu (citat de 94) distinge trei categorii de dezorientare:

— prelungirea nefirească a unei atitudini inafantile față de ideea viitorului și a profesiei; oscilații de la o profesie la alta în funcție de impresii, decizia fiind rezultatul hazardului;

— aspirația spre glorie, mai ales la elevii claselor umaniste;

— derută în alegerea specialității universitare după absolvirea liceului. Ultima este varianta cea mai frecventă și ea se finalizează cu renunțarea la facultatea de opțiune și cu participarea la concursul de admitere în facultatea cel mai puțin căutată. De aci derivă și atît de frecventa neconcordanță vocațională printre studenții cu eșecuri universitare — în studiile întreprinse de I. Alexandrescu, 44% (49; 184).

Concursul de admitere în facultate nu reușește încă să realizeze o selecție în funcție de aptitudini, deși i se aduc mereu îmbunătățiri. Investigații psiho-

Scanned with OKEN Scanner

metrice efectuate la un lot de studenţi repetenţi au arătat că unii nu dispuneau nici măcar de aptitudinile generale necesare practicării unei profesii intelectuale (75). În ultimii ani s-au organizat în ţara noastră în acest scop licee de specialitate, olimpiade pentru elevii de liceu, cursuri pregătitoare pentru candidaţii la concursurile de admitere predate de cadre didactice universitare, completarea fişei de caracterizare a aptitudinilor absolventului de liceu etc. Toate aceste măsuri vizează diminuarea numărului eşecurilor universitare, selecţia elementelor valoroase şi, indirect, reducerea numărului in- şi dezadaptărilor şcolare.

În problema adaptării învăţământului la cerinţele actuale menţionăm realizările din ţara noastră: înmulţirea centrelor universitare pe teritoriul ţării, crearea treptelor în învăţământul superior — secţii de subingineri, secţii de ingineri, înmulţirea facultăţilor şi secţiilor din cadrul acestora, în vederea specializării, construcţii noi şi dotarea cu cele mai moderne mijloace, integrarea învăţământului cu cercetarea şi cu producţia etc. Dar, în însăşi dialectica dinamicii procesului de modernizare a învăţământului, această etapă de tranziţie este încă marcată de persistenţa unor deficienţe ce constituie tot atîţia factori de risc studii-sănătate. Supraîncărcarea programelor analitice şi a orarelor săptămînale, ultimele păcătuind şi prin lipsa ritmicităţii, metode de predare învechite (222), sprijin insuficient din partea unora dintre cadrele didactice pentru integrarea tînărului în viaţa universitară (383), pentru maturizarea lui (263), pentru formarea lui ca om de ştiinţă (355), existenţa unor modele necorespunzătoare — cadre tinere insuficient iniţiate în problemele de psihopedagogie şi de ortopedagogie, unele dintre ele cu trăsături disarmonice ale personalităţii etc., condiţiile psihostressante în care se desfăşoară unele examene şi mai ales concursul de admitere în facultate — de multe ori viitorul unui tînăr depinzînd de hazard, cum afirmă şi Danon-Boileau (citat de 413), examene care testează uneori mai mult cunoştinţele teoretice şi livreşti, deci memoria şi nu intelectul (Soudan), eliminîndu-se mijloacele de expresie şi formele de inteligenţă care nu se încadrează în tipul verbo-conceptual (Vial), solicitînd înmagazinarea de cunoştinţe prea abundente, imposibil de reţinut decît mecanic şi numai pentru ziua examenului (Amado Levi-Valensi).

Toate deficienţele semnalate ar putea crea o imagine extrem de sumbră a învăţămîntului contemporan, ceea ce nu este nici exact, nici nu exprimă intenţia autorilor menţionaţi. Este adevărat că aceste deficienţe există, dar că în cazul oricărui mozaic de factori de risc, nu peste tot şi nu permanent toţi factorii sînt prezenţi, nivelul nocivităţii lor nu este egal, iar combinaţiile pe care le pot realiza sînt extrem de variabile. Cu toate acestea, semnalarea lor este obligatorie nu numai pentru înţelegerea dezadaptării şcolare şi universitare, ci mai ales pentru că implicaţiile lor impun măsuri hotărîte de psihoigienă şi de psihoprofilaxie.

Evocînd aceste aspecte, prefaţăm cercetările proprii care vizează în primul rînd identificarea factorilor de risc studii-sănătate, prezenţi într-un moment dat al evoluţiei învăţămîntului superior, implicaţiile acestor factori şi modalităţile de eliminare a lor din mediul universitar.

Evoluţia conceptului de sănătate şi reflectarea sa în organizarea asistenţei medicale pentru elevi şi studenţi

Evoluţia conceptului de sănătate

Conceptul de sănătate a evoluat în timp, de conţinutul său depinzînd atît organizarea asistenţei medicale a populaţiei, cît şi atitudinea medicului faţă de boală şi de bolnav. Astfel, în China antică principiul dominant al medicinii

Scanned with OKEN Scanner

era cel preventiv, medicii nefiind retribuiţi decît dacă-şi fereau pacienţii de îmbolnăvire. Mai tîrziu, Hipocrate propaga ideea ca populaţia să participe activ la apărarea propriei sănătăţi, în timp ce pe linie curativă adopta un concept integrativ în abordarea bolnavului. A urmat apoi o perioadă în care dominaţia bisericii, organizarea statală şi nivelul cunoştinţelor medicale au frînat dezvoltarea ideilor antichităţii, perioadă în care au bîntuit marile epidemii din evul mediu şi apoi tuberculoza şi bolile carenţiale, afecţiuni care din păcate mai dăinuie şi astăzi în unele dintre statele subdezvoltate. Dar chiar şi după ce dreptul la sănătate a fost statuat de O.M.S., mai există state care cheltuiesc mai mult pentru tratamentul bolnavilor decît pentru măsurile de prevenire a îmbolnăvirilor (464). În schimb, în ţările socialiste, deci şi în ţara noastră, statul alocă sume importante atît pentru ocrotirea sănătăţii populaţiei — asistenţa medicală este gratuită —, cît şi pentru ridicarea standardului de viaţă al cetăţenilor.

În ceea ce priveşte conceptul de sănătate, dacă Leriche definea sănătatea ca fiind „viaţa în liniştea organelor", iar Bichat ca „ansamblul reacţiilor de apărare ale organismului care se opun morţii" (445), în preambulul constituţiei O.M.S., sănătatea este concepută ca o „completă bunăstare fizică, mintală şi *socială*, care nu constă numai din absenţa bolii sau a infirmităţii . . ." (328). Recent s-a adăugat şi o a patra dimensiune „spirituală" care dă un sens, un ţel superior, aşa încît se poate afirma că omul trăieşte şi nu supravieţuieşte (324); se include astfel în problemele de sănătate concepţia interacţiunii dintre individ şi grup, individul fiind considerat rezultanta acestor interacţiuni cu mediul psihosocial (331). În acelaşi sens, definiţia sănătăţii mintale adoptată de O.M.S. „ . . . aptitudinea de a stabili relaţii armonioase, integrarea în comunitatea în care trăieşte, dar cu dezvoltarea liberă a personalităţii . . ." (328), întregeşte conceptul modern al sănătăţii.

În spiritul conceptului enunţat, medicina actuală, apărută în condiţii sociale acreditate cu cea mai mare comprehensiune faţă de om, a făcut progrese uriaşe, înlesnite şi de mersul înainte al ştiinţei şi tehnicii. Totuşi medicinii contemporane i se reproşează unele aspecte negative, sintetizate de G. Ionescu (195) astfel:

— orientarea unilateral-mecanicistă vizînd exclusiv aspectele somatice şi neglijînd aspectele psihologice ale omului aflat în situaţia de boală;

— tehnicizarea excesivă a mijloacelor exploratorii, care au în vedere în special organul bolnav, în cel mai bun caz boala, dar ignorează psihicul bolnavului aflat în suferinţă;

— amputarea şi scurt-circuitarea investigaţiilor clinice, anamnestice şi a istoriei individuale a bolnavului, considerată ca inutilă şi subiectivă faţă de înalta precizie şi rigoare a mijloacelor paraclinice;

— dezechilibrul şi depersonalizarea relaţiilor medic-bolnav, datorită caracterului tehnic al investigaţiilor, în virtutea cărora medicul întreţine un dialog cu aparatele pe seama bolnavului.

În legătură cu depersonalizarea relaţiei medic-pacient au apărut în ultimul timp preocupări şi curente medicale care cîştigă progresiv teren, ca acelea ale psihosomaticii, metodele imaginate de Balint şi de elevii săi, care să-i permită medicului să-şi controleze reacţiile faţă de bolnav etc. (135; 195).

În prezent, în ţara noastră problemele de sănătate sînt abordate în toată complexitatea lor, cea mai pregnantă dovadă fiind înfiinţarea în octombrie 1975 a unui Consiliu Sanitar Superior, for suprem căruia îi revine sarcina de a analiza starea de sănătate a populaţiei, de a elabora liniile directoare de acţiune şi de a veghea la aplicarea în practică a măsurilor preconizate.

Scanned with OKEN Scanner

Apariția și dezvoltarea asistenței medicale diferențiate pentru elevi și studenți

Deși încă din secolul XVII Comenius pleda pentru necesitatea acordării unei asistențe medicale diferențiate elevilor, de-abia în 1793 s-a făcut primul pas, odată cu legiferarea medicinii școlare în Franța; costul ridicat al asistenței medicale o făcea însă inaccesibilă marilor mase de școlari. În ceea ce-i privește pe studenți, în 1900 la Oxford și Cambridge se instituie controlul cardiopulmonar obligatoriu al tinerilor, al cărui scop era de fapt absolvirea de răspundere a conducerilor colegiilor respective în eventualitatea că s-ar fi produs vreun acicdent în cadrul faimoaselor concursuri sportive. Abia în perioada 1919—1935 Löffler împreună cu alte personalități medicale inițiază primele campanii de depistare a tuberculozei, care făcea ragavii printre universitari. Adevărate măsuri de profilaxie nu se introduc însă decît după 1935 (13). În aceeași perioadă — în 1927 — ia naștere primul serviciu de asistență medicală pentru studenți, la Exeter, pentru ca pînă în 1939 numărul acestor servicii să crească la 5 și pînă în 1966 să ajungă la 35 (469). Demn de subliniat este faptul că la Cluj, încă din 1920 se organizează asistența curativă a studenților, axată pe depistarea precoce a tuberculozei și a bolilor veneriene, pentru ca în 1926, la inițiativa lui I. Hațieganu, să intre în funcție primul dispensar studențesc asigurat de medici benevol; în 1936 în cadrul „asistenței generale" a vieții studențești, se înființează un oficiu de asistență psihologică și la aceeași dată apare un volum de „Îndrumări universitare". La Congresul internațional al universităților din Zürich, I. Hațieganu a prezentat raportul intitulat „Noțiuni generale despre igiena universitară" (430).

La fel ca și în alte țări, înainte de al doilea război mondial, și în țara noastră starea sănătății elevilor era dezastruoasă. O cercetare efectuată în 1935 în cartierele mărginașe ale capitalei arăta că 21,4% dintre copii nu aveau ce mînca la dejun, iar alți 45% se mulțumeau cu un ceai (42). După război, asistăm la înmulțirea numărului țărilor în care iau ființă servicii medicosanitare diferențiate pentru elevi și studenți, servicii obligate să se preocupe în special de combaterea bolilor transmisibile și cu extindere în masă. În deceniul al șaptelea se înmulțesc și se consolidează serviciile de ocrotire a sănătății tineretului studios, în mare măsură și sub influența exploziei demografice și a celei școlare. Organizate și conduse în mod diferit în diverse state, aceste servicii își propun să pună în aplicare principiile medicinii preventive.

Astfel, în prezent responsabilitatea ocrotirii studenților revine în S.U.A. și în Anglia conducerii facultăților, în Franța și în Finlanda organizațiilor studențești în colaborare cu autoritățile, iar în țările socialiste statului, modalitatea cea mai sigură de traducere în viață a principiilor medicinii moderne, întrucît numai statul poate transforma factorul social-economic cu valențe negative din trecut, într-un factor activ de ocrotire și întărire a sănătății. Țara noastră oferă un exemplu elocvent în acest sens prin măsurile introduse după 1944: ridicarea nivelului de trai al populației, gratuitatea învățămîntului de toate gradele, acordarea de burse elevilor și studenților, creșterea bazei materiale și dotării tuturor instituțiilor de învățămînt, construcția de cămine și cantine, gratuitatea asistenței medicale și a medicamentelor pentru toate categoriile de tineri cuprinși în diferitele forme de învățămînt, organizarea în vacanțe de tabere de odihnă etc.

În ceea ce privește asistența medicală a studenților, există în România unități răspîndite în toate centrele universitare din țară, a căror organizare este adaptată dimensiunilor populației

Scanned with OKEN Scanner

asistate. În centrul nostru universitar funcţionează un spital unificat care cuprinde cîte un dispensar de medicină generală pe lîngă fiecare institut de învăţămînt superior, o policlinică cu toate serviciile de specialitate şi laboratoarele clinice aferente, un staţionar nediferenţiat şi un dispensar antituberculos cu un preventoriu anexat şi un centru de stomatologie cu mai multe subunităţi. Pentru cazurile care necesită tratament intraspitalicesc de specialitate, studenţii beneficiază de internarea în clinicile universitare. La sfîrşitul anului 1976 s-a adăugat un laborator de sănătate mintală, care dispune şi de un staţionar cu paturi pentru tratamentul şi îndrumarea psihologică a studenţilor cu tulburări nevrotice sau ale personalităţii, precum şi pentru cei cu dificultăţi de adaptare.

Referitor la problematica medicinii şcolare şi universitare, menţionăm că experienţa dobîndită de-a lungul a cîteva decenii de activitate, concretizată în cercetări asupra stării de sănătate a tineretului studios, a permis adăugarea la acţiunile curativoprofilactice, a celor de psihoigienă şi psihoprofilaxie. Astfel, adoptînd conceptul dominant al medicinii moderne — al adaptării — a luat naştere *medicina muncii universitarilor*. Această orientare se manifestă atît în cadrul congreselor internaţionale de medicină şi igienă şcolară şi universitară, organizate din 4 în 4 ani sub egida O.M.S., cu începere din 1951, cît şi al celor naţionale din ţara noastră, desfăşurate în 1964, 1974 şi 1978. A crescut astfel aportul medicilor la asistenţa complexă — medicală, psihologică, pedagogică şi socială — a tineretului, la sprijinirea dezvoltării armonioase a personalităţii în condiţiile deplinei sănătăţi somatice şi psihice şi pregătirea corectei inserţii în viaţă şi profesie a tînărului.

Colarizi (13), referindu-se la problematica medicului şcolar contemporan menţionează: stabilirea stării de sănătate somatopsihică a elevului, depistarea maladiilor cu extindere în masă şi profilaxia celor infecţioase, transmisibile, controlul alimentaţiei şi culturii fizice, colaborarea cu ceilalţi factori în acţiunea de orientare profesională, educaţia sanitară a elevilor şi a profesorilor, controlul condiţiilor de igienă din şcoală, cămine, cantine, controlul stării de sănătate a cadrelor didactice etc. În concordanţă cu conceptul modern al adaptării elevului la şcoală şi a şcolii la copil, se subliniază importanţa aspectelor de profilaxie, cerîndu-se medicului şcolar să cunoască şi să intervină cu prudenţă asupra personalităţii elevului, să se ocupe atent de cei bolnavi sau deficitari, dar şi de profesorii cu trăsături psihopatologice ale personalităţii care oferă modele inadecvate pentru copii (Wespi, 13).

Origlia (13), efectuînd un sondaj printre liceenii din Milano, conchide pe baza datelor culese, că şcoala contemporană conţine factori de risc noi ce ar fi rezultatul conflictului dintre pulsul de maturitate şi de spirit critic al elevului contemporan şi disciplina şi tutela şcolară. Astfel, două treimi dintre elevi se plîng de limitarea exigenţei personale, a timpului liber necesar practicării sportului şi lărgirii culturii lor generale, alţii acuză subiectivismul notării răspunsurilor, 45% nu au certitudinea nivelului lor valoric real şi, împreună cu cei 25% care au intrat în conflict cu familia pe tema opţiunii profesionale, manifestă preocupări anxioase pe această temă. S-a mai evidenţiat şi proporţia ridicată a celor care au dificultăţi de dialog cu părinţii (75%), precum şi a celor care, datorită reacţiei părinţilor la insuccesele lor şcolare, sînt dominaţi de teama unor noi eşecuri (50%). Şi alţi autori acuză învăţămîntul contemporan de supraîncărcarea orarelor şi programelor analitice, de evoluţia înceată a metodelor pedagogice, de favorizarea cultului notei, de nehotărîrea pe care o manifestă în legătură cu educaţia sexuală etc.

Scanned with OKEN Scanner

Aceştia sînt cîţiva dintre factorii determinanţi ai creşterii incidenţei surmenajului şi dezadaptării şcolare (7; 431; 451; 453). Dar, învăţarea interpunîndu-se între dezvoltare şi maturizare (63), este firesc să se acorde o mare semnificaţie terenului de care dispune copilul în momentul şcolarizării sale, teren determinat genetic şi modelat de educaţia parentală şi preşcolară, în condiţiile climatului familial. Demodulările personalităţii copilului preşcolar pregătesc terenul viitoarelor in- şi dezadaptări şcolare.

Odată intrat în şcoală, copilul traversează o etapă importantă a identificării, motiv pentru care influenţele negative exogene pot determina o deformare a imaginii despre sine şi despre lume, ceea ce conduce la apariţia autosubestimării, hipoprosexiei, inhibiţiei intelectuale şi în final, la eşecurile şcolare care adîncesc dezadaptarea. S-ar profila astfel o identificare negativă prin înăsprirea conflictelor încredere-neîncredere, autonomie-ezitare, iniţiativă-culpabilitate, traduse prin atitudinea de revoltă împotriva oricărei autorităţi (13). Aceste cîteva aspecte ilustrează importanţa problemelor de pedopsihiatrie şi de psihoigienă (287).

Probleme actuale de sănătate mintală induse de conceptul medicinii muncii universitare

Aceste probleme pot fi grupate în trei categorii, şi anume:

— cunoaşterea şi lichidarea factorilor de risc ce derivă din condiţiile particulare de viaţă ale studentului şi din desfăşurarea procesului de învăţămînt;

— sprijinirea adaptării tînărului la noutatea mediului şi muncii universitare;

— depistarea precoce a îmbolnăvirilor psihiatrice, inclusiv a in- şi dezadaptărilor şcolare, recuperarea tinerilor cu astfel de tulburări în scopul corectei lor inserţii în viaţă şi profesie.

Problemele enunţate au un mare grad de complexitate, datorită în primul rînd intricării lor cu problematica postadolescenţei. Tînărul, care în momentul absolvirii liceului a atins un nivel de dezvoltare a intelectului suficient unei aparente certitudini a gîndirii proprii, avînd latura caracterial-educativă definită, suferă de-a lungul etapei studiilor universitare procesul de maturizare afectivă şi psihosocială a personalităţii sale. Această ultimă etapă a maturizării explică persistenţa la student a unor trăsături adolescentine contradictorii, mai mult sau mai puţin manifeste, cum ar fi refractarismul faţă de autoritatea parentală şi instituţională, permeabilitatea la opiniile colegilor, deşi legăturile interpersonale cu ei nu sînt totdeauna consistente, contradicţia dintre temeritatea comportamentală şi insuficienta autoîncredere, dintre indiferenţa afectivă afişată şi marea sa sensibilitate pe plan afectiv, dintre aviditatea afilierii sale la grup şi teama traducerii în fapt a acestei trebuinţe, explicată de ciocnirea dintre imaginea sa despre lume şi realitatea însăşi. Aceste aspecte sînt menţionate şi în definiţia dată de Sillamy (citat în 49) funcţiei psihologice a adolescenţei: „... Este vîrsta afirmării intereselor profesionale şi sociale, a dorinţei de libertate şi autonomie faţă de aparţinători, cît şi prin generoasa sensibilitate ideoafectivă; vîrstă a marilor idealuri, dar şi a trăirilor dureroase, uneori cu urmări dezadaptative, care necesită o înţelegere şi îndrumare afectuoasă şi clarvăzătoare în acelaşi timp".

În condiţiile de competiţie ale activităţii sale, dominată de riscul de eşec şi mai ales datorită statutului său social în suspensie, studentul intră uşor în alertă din cauza insuficientei sale capacităţi de adaptare la solicitările intense ale mediului. Tocmai de aceea se impune cunoaşterea aprofundată a particularităţilor sale psihice şi somatice, altfel nefiind posibilă înţelegerea manifestărilor, mentalităţilor şi acuzelor sale, în scopul corectei lor încadrări

Scanned with OKEN Scanner

nosologice şi găsirii mijloacelor adecvate de intervenţie terapeutică. Sarcina medicului este şi mai dificilă dacă ţinem seama de factorii care au pregătit in- sau dezadaptarea în perioada preuniversitară, de durata limitată a studiilor şi de timpul disponibil pentru fiecare pacient în parte, în cabinetul de specialitate. Se degajă astfel concluzia că efortul medicului poate fi eficient numai în cadrul unei echipe de intervenţie, care înglobează şi psihologi, asistente de ocrotire, cadre didactice, colectivul de studenţi etc. Această echipă este cu atît mai necesară pentru identificarea factorilor de risc studii-sănătate care nu ţin de student ca ins. În ambele cazuri, medicul este organizatorul şi animatorul întregii echipe de intervenţie, dată fiind funcţia sa de verigă de legătură între student, autoritatea parentală şi autoritatea instituţională.

Această succintă expunere demonstrează că dincolo de sarcinile curativo-profilactice, medicina muncii universitare pune pe umerii medicului din reţeaua de ocrotire a sănătăţii studentului multiple sarcini în vederea sprijinirii corectei definiri a personalităţii tînărului, în scopul facilitării inserţiei acestuia în viaţă şi profesie. Pentru a putea face faţă acestor sarcini complexe, medicul trebuie să dispună de calităţile unui educator şi să fie instruit corespunzător pe linie medicală, psihologică, pedagogică şi sociologică. Activitatea sa trebuie să fie dominată de ataşament pentru problemele tineretului şi să se desfăşoare la un astfel de nivel ştiinţific încît să-i permită dobîndirea autorităţii în faţa pacienţilor, dar şi a factorilor de răspundere din învăţămînt, condiţie esenţială pentru penetrabilitatea intervenţiei sale.

Scanned with OKEN Scanner

Obiective şi metode de cercetare; material faptic

Obiectivele cercetării

Obiectivele cercetării noastre sînt următoarele:

— elucidarea etiologiei in- şi dezadaptărilor nevrotice şi infranevrotice ale studenţilor;

— depistarea unor factori de risc prezenţi în mediul ecologic şi social al studentului, cunoscuţi sub denumirea „risc studii-sănătate";

— schematizarea mecanismelor psihodinamice şi psihopatologice care alcătuiesc substratul acestor dezadaptări;

— particularităţile clinice şi evolutive ale afecţiunilor nevrotice, precum şi ale celor infranevrotice, proprii studentului;

— probleme specifice de diagnostic pozitiv şi diferenţial ridicate de dezadaptările universitarilor;

— adaptarea metodelor terapeutice şi de recuperare a celor cu tulburări psihice la particularităţile somatice şi psihice ale studentului, la modul său de viaţă şi la specificul muncii sale;

— implicaţiile afecţiunilor nevrotice şi infranevrotice în problema eşecului universitar;

— psihoigiena şi psihoprofilaxia în mediul universitar;

— modalităţi de perfecţionare a asistenţei complexe acordate tineretului studios şi referiri la conţinutul muncii medicului cu studenţii în general şi a psihiatrului în special.

Metodele de cercelare

Activitatea medicului din orice serviciu ambulatoriu este caracterizată de ritmul alert impus de fluxul continuu de pacienţi şi de marea concentrare necesară stabilirii rapide a unui diagnostic şi a indicaţiilor terapeutice. Responsabilitatea acestui medic este deosebit de mare întrucît el decide şi îndeplineşte actul medical de unul singur. Pentru a corespunde aşteptărilor i se cere să-şi adapteze propriul comportament la personalitatea pacientului, în spiritul conceptului „pacientului integral" elaborat de Balint (citat de 445), singura modalitate de a cîştiga încrederea bolnavului (390), de a-l convinge că este înţeles (126; 338), facilitîndu-i dezvăluirea secretelor sale (139), indispensabilă stabilirii istoriei şi „preistoriei" sale şi a afecţiunii de care suferă (195). Toate acestea reclamă un spirit de observaţie ascuţit, experienţă şi mare putere de intuiţie, cu atît mai mult, cu cît boala modifică relaţiile intra- şi in-

Scanned with OKEN Scanner

tersubiective (445). Dialogului îi urmează un examen clinic general rapid, direcționat în funcție de diagnosticul prezumptiv stabilit din anamneză. Pentru evitarea pierderii de timp și a iatrogeniei, explorările funcționale și paraclinice sînt reduse la strictul necesar, dar chiar înainte de a le cunoaște rezultatele, medicul este obligat să dea indicații terapeutice de urgență.

Deși s-ar părea că în aceste condiții cercetarea științifică nu este posibilă, totuși medicul din serviciul ambulatoriu, adînc implantat în masa populației asistate, ale cărei condiții de mediu și de muncă le cunoaște mai bine ca nimeni altul, poate dezvălui aspecte inedite ale grupului studiat, precum și particularitățile imprimate indivizilor de similitudinea factorilor de risc la a căror acțiune sînt expuși. Limitarea posibilităților sale de investigare funcțională a pacienților poate fi evitată în primul rînd prin colaborarea cu ceilalți specialiști din ambulator și cu clinicile de specialitate, iar atunci cînd abordează cercetarea statistică, prin investigarea unor loturi mari de pacienți.

În cazul medicului studenților, rolurile sale de locțiitor al autorității parentale și de verigă de legătură între tînăr, autoritatea instituțională și părinți, îi dau posibilitatea să devină depozitarul confidențelor pacienților săi, excelent mijloc de cunoaștere a structurii și gradului de maturizare a personalității. Concomitent medic „școlar" și medic de adulți, medicul studenților, folosind experiența și competența sa profesională și adoptînd o atitudine flexibilă, prudentă, plină de înțelegere și constructivă, se va bucura de autoritatea necesară îndeplinirii funcțiilor sale de medic și de educator, ceea ce va conferi actului său medical un conținut științific, social și psihologic (Portes, citat de 197). Deci din însăși activitatea sa curentă derivă posibilitatea efectuării unor cercetări. Acestea au constituit și pentru noi premisele de la care am pornit atunci cînd am ales tema și metodele de cercetare.

Metoda de bază a fost discuția cu pacientul conform unei tehnici adecvate culegerii unor date detaliate privind mozaicul factorilor de risc care au acționat în trecutul pacientului și cei la care era expus în momentul respectiv. Dialogul a fost urmat de un examen clinic general și neurologic, examenele funcționale fiind rezervate cazurilor speciale, cunoscut fiind potențialul lor iatrogen, mai ales la nevrotici (461). Cînd apăreau probleme de diagnostic diferențial ce depășeau competența personală, s-a recurs la consult cu specialiștii din policlinică sau la internarea pacientului fie în staționarul spitalului nostru, fie în clinica de specialitate.

Dat fiind că în perioada efectuării cercetării nu am beneficiat de un cabinet de psihologie, studiul nostru este lipsit de aportul examenelor psihometrice, bazîndu-se pe elementele furnizate de metoda intuitivă și comprehensivă, metode considerate a fi suficiente dacă examinatorul își disciplinează gîndirea (39) și dacă dispune de destoinicie clinică (29; 89; 390). Pornind de la ideea că succesiunea aproximării și adiționarea rezultatelor permit examinatorului să se elibereze de aderențele personale (43) și să depășească inconvenientele — preponderența introspecției asupra observației (Cattel, citat de 341) — metodelor menționate, am repetat dialogul și examenul clinic, prelungind timpul de urmărire a evoluției atît cît s-a impus în fiecare caz. Datele cuprinse în tabelele I și II atestă afirmația de mai sus.

Descriem în continuare stilul personal de abordare și de desfășurare a dialogului cu pacientul, stil care s-a conturat în urma experienței dobîndite de-a lungul celor 20 de ani de activitate neîntreruptă în cabinetul de neurologie al Spitalului studențesc.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL I

Numărul mediu al consultaţiilor acordate unui pacient în perioada efectuării studiului şi repartizarea procentuală a pacienţilor în funcţie de numărul consultaţiilor de care au beneficiat.

	Număr consultaţii / pacient				
	Media	*Repartizare procentuală*			
		sub 5	*6 – 10*	*11 – 25*	*peste 25*
Totalul pacienţilor	9,3	50,6	20,2	21,3	7,9
Nevroze constituite	14,9	19,5	26,3	38,7	15,5
Reacţii nevrotice	3,7	83,7	13,6	2,6	0,1
Sindroame de suprasolicitare	3,9	80,5	14,5	5,0	—

TABELUL II

Durata urmăririi clinice a pacienţilor.
Valoarea medie şi repartizarea procentuală a pacienţilor în funcţie de durata urmăririi clinice, exprimată în luni.

	Durata urmăririi clinice (luni)			
	Media	*Repartizare procentuală*		
		1 – 3	*4 – 12*	*peste 12*
Totalul pacienţilor	27,5	5,6	14,2	80,1
Nevroze constituite	33,8	1,4	9,1	89,4
Reacţii nevrotice	17,8	13,0	23,3	63,6
Sindroame de suprasolicitare	20,2	7,5	16,5	76,0

Durata primei consultaţii a fost în medie de 15—30 de minute, scurtată sau prelungită după caz. La consultaţiile următoare acordate aceluiaşi pacient, timpul folosit a variat în limite şi mai largi, în funcţie de starea şi de disponibilitatea sa pentru o discuţie psihoterapeutică, precum şi de necesitatea clarificării, verificării sau completării informaţiilor culese la consultaţia precedentă, atitudine adoptată şi de alţi autori (140; 228; 254; 326). Durata medie a consultaţiei ar putea părea exagerată, dacă nu s-ar ţine seama de faptul că studentul traversează o etapă de maturizare, în care este frămîntat de numeroase probleme pe care nu le dezvăluie uşor nici medicului, considerîndu-le prea intime şi nelegate de tulburările sale. Or, pentru a-l putea determina să le dezvăluie, trebuie ca pe lîngă înţelegere şi solicitudine, să i se explice raţiunea şi utilitatea destăinuirii frămîntărilor sale pentru stabilirea diagnosticului şi terapiei corespunzătoare, pentru a-l sprijini în găsirea soluţiilor. Acest demers este obligatoriu pentru cunoaşterea trăsăturilor şi nivelului de maturizare a personalităţii sale, al adevăratului substrat al tulburărilor. Este suficient ca pacientul să sesizeze graba medicului pentru ca să se închisteze, ceea ce echivalează cu ratarea prilejului de a-l sprijini psihologic şi cu favorizarea amplificării sentimentului său de nesiguranţă.

Dar acest dialog este necesar şi pentru adaptarea comportamentului medicului la psihismul pacientului, a cărui structură o putem iniţial doar „presimţi“ (Sheldon) prin examinarea biotipologică şi morfofiziologică „à vu“ (13). Rezultat al experienţei, al acumulării subcepţiilor (122), acest tip de intuiţie este sinonim cu „ochiul clinic“ (118), atît de util stabilirii diagnosticului psihiatric la adolescent. Dealtfel, de calitatea primului dialog depinde şi cîş-

Scanned with OKEN Scanner

tigarea încrederii pacientului, indispensabilă dezvăluirii „secretelor" sale şi eliminării inhibiţiei care-l domină adesea din cauza temerii sale de a nu fi bolnav de o afecţiune psihică, echivalentă pentru el cu o boală înspăimîntătoare (Schulten, citat de 391). Numai în condiţiile descrise acest prim contact dobîndeşte atribute psihoterapeutice, oferind totodată medicului posibilitatea de a înlocui metodele psihotehnice de diagnostic cu dialogul. În acest spirit, am încercat să creăm premisele unei bune cunoaşteri reciproce, să întîmpinăm tînărul cu solicitudine, să imprimăm dialogului cursivitate, axîndu-ne iniţial pe culegerea datelor referitoare la zona geografică de proveniență a pacientului, la constelaţia şi climatul său familial, la atitudinea educaţională a părinţilor, trecînd apoi la antecedentele fiziologice şi patologice, şcolare şi profesionale, la starea civilă şi la condiţiile sale social-economice actuale. De-abia după aceea am abordat problema factorilor care au influenţat opţiunea sa universitară, modul în care a decurs adaptarea sa la noutatea mediului şi muncii universitare etc. Odată familiarizat cu persoana şi cu stilul medicului, eliberat de eventuala emoţie a primului contact intersubiectiv, pacientul este invitat să-şi relateze detaliat acuzele, momentul şi împrejurările în care au apărut, precum şi evoluţia lor în timp. Trebuie subliniat că riscul de eşec şi disciplina universitară se fac resimţite în felul de prezentare a acuzelor, pe care studentul tinde să le amplifice şi să le alambicheze, folosind o terminologie proprie care poartă amprenta „situaţiei" grupului din care face parte (116; 117), a nivelului cunoştinţelor sale medicale şi a mentalităţii proprii. Sub influenţa unor opinii de largă circulaţie, el este dominat de teama ca medicul să nu-l bănuiască de intenţia de a obţine o justificare tendinţei sale de a se sustrage de la obligaţiile şcolare şi astfel să-i minimalizeze suferinţa pentru care-l consultă; el este de asemenea dominat de ameninţarea pe care o trăieşte de a-şi vedea compromise rezultatele la învăţătură. Tocmai de aceea medicul trebuie să dea dovadă de mult tact, utilizînd complicitatea de limbaj care-l eliberează pe tînăr de temerile menţionate şi-l face mai receptiv la demersurile medicului. În acest fel se respectă şi legile interviului clasic formulate de Roethlisberg şi Dickson (citat de 44): tratarea declaraţiilor bolnavului numai ca elemente ale întregului context, acordarea unei atenţii egale la ceea ce el vrea, ca şi la ceea ce el nu vrea să spună, la ceea ce poate, ca şi la ceea ce nu poate să spună şi considerarea atitudinii mintale adoptate ca un indicator necesar identificării problemei sale personale, în contextul social dat.

Odată încheiată discuţia, am trecut la examenul clinic, datele obiective culese fiind înscrise în fişa de consultaţii din policlinică, pe care se găsesc menţionate şi rezultatele examinărilor precedente efectuate de ceilalţi specialişti. Deci documentul de bază al studiului nostru este fişa de consultaţii a studentului. La sfîrşitul perioadei de cercetare, datele existente au fost transcrise codificat pe o altă fişă, special concepută pentru centralizarea şi prelucrarea statistică a datelor. După depăşirea acestei prime etape, rezultatele studiului şi ale experienţei proprii au fost confruntate cu cele existente în literatură, cu scopul de a îndeplini rigorile unei cercetări ştiinţifice.

Definirea entităţilor nosologice

Atît timp cît mai există autori care afirmă că nici astăzi, după trei milenii de încercări, clasificarea bolilor mintale nu este satisfăcătoare (126), nu pare surprinzător faptul că delimitarea nosologică a nevrozelor este încă subiectul de dispută că există psihiatri, ca Borel de pildă, care-i refuză nevrozei pur şi simplu statutul de boală (43).

Scanned with OKEN Scanner

Poate că una dintre cauzele acestei situaţii ar trebui căutată în însăşi complexitatea fiinţei umane, imposibil de sistematizat (402), dat fiind faptul că omul, aşa cum afirma Ribot (365), „. . . nu este un fenomen, ci o evoluţie, el nu este un eveniment, ci o istorie, el nu este un prezent sau un trecut, ci ambele laolaltă". „Omul, scrie Lăzărescu (242), se defineşte prin diacronismul său, exprimat în dialogul, raportarea şi întreţinerea, intercondiţionarea prezentului şi actualităţii, cu trecutul şi cu viitorul său". Omul este „o mişcătoare articulare între gîndire, sentimente şi acţiuni" (311); trăind într-o lume care, din aşa cum îi este dată, o transformă într-una dorită sau cel puţin acceptată (427), psihismul uman se defineşte prin totalitatea proceselor subiective ce decurg din reflectarea actuală sau potenţială a lumii obiective (M. Steriade, citat de 450). Progresul psihicului, conştientizat filogenetic şi social-istoric, este rezultatul unui proces de adaptare multiformă la complexitatea crescîndă a relaţiilor sociale (196). În acest spirit, graniţele dintre normal şi patologic, dintre adaptare şi dezadaptare, suferă deplasări în cadrul evoluţiei social-istorice, fenomen ce se reflectă şi în conceptul şcolii româneşti de psihiatrie, care adoptă o poziţie materialist-dialectică a antropologiei şi consideră omul ca pe o „. . . unitate psihobiologică realizată şi situată într-un anumit context social-istoric şi cultural, diferenţiindu-se prin particularităţile sale de temperament, caracter, intelect şi personalitate . . ." (V. Predescu, 343). Pe aceleaşi coordonate se înscrie şi conceptul şcolii de psihiatrie de la Socola-Iaşi, care defineşte personalitatea ca „. . . un ansamblu dialectic al trăsăturilor temporamentale (înnăscute), caracteriale (diferenţiate prin educaţie) şi voliţionale — capacitate de comutare reflectorie a gîndirii în acţiune sau în nonacţiune — prin care fiecare individ în parte se determină liber conştient faţă de lume şi propria persoană. În ceea ce priveşte temperamentul şi caracterul, acestea formează un cuplu dinamic în interrelaţie continuă cu afectivitatea, gîndirea şi voinţa, determinînd atitudinea (comportamentul), care poate fi modificat în mod manifest de îmbolnăvirile psihice sau de factorii negativi. Este demonstrat în prezent că anumite trăsături psihice particulare şi în consecinţă ale stării de conştiinţă sînt condiţionate de structuri morfodinamice individuale, cu conţinutul lor ereditar şi cîştigat, de integritatea şi starea evolutivă a sistemului nervos central în interrelaţie cu starea de funcţionare a întregului organism şi *sub influenţa continuu modelatoare a mediului social*, prin mijlocirea cuvîntului ca semnal de al doilea ordin, specific uman. Boala psihică este prin urmare o boală a întregului organism, perturbarea proceselor psihice interesînd capacitatea integrală de adaptare, îmbolnăvirea psihică constituind o situaţie calitativ diferită faţă de starea de normalitate..." (49).

Clasificarea etiologică clasică se bazează pe conceptul exo- şi endogeniei bolilor psihice, dar clasificările mai noi folosesc drept criteriu nivelul de conştiinţă şi alterările conştiinţei. În funcţie de acestea din urmă se disting sindroame la interferenţă cu normalitatea (psihogenii prin conversiune, nevroze, psihopatii şi oligofrenii la limita superioară) şi tulburări psihice cu alterarea gravă sau totală a discernămîntului (oligofrenii severe, psihoze şi demenţe) (49).

În lucrarea de faţă ne interesează tulburările „la limită cu normalitatea" în care se încadrează şi tulburările nevrotice. Această zonă a „marginalităţii" se suprapune domeniilor patologiei defective, distrucţiei personalităţii, eşecului nevrotic, pe de o parte, şi procesului psihotic, patologiei somatice, normalităţii prin psihologia vîrstelor şi condiţiilor sociale ale bolnavului pe de altă parte (Pamfil şi Stössel, 70). Ast-

Scanned with OKEN Scanner

fel, se ridică în primul rînd problema delimitării tulburărilor nevrotice de normal, în intenţia evitării „psihiatrizării" unor comportamente normale, care deşi depăşesc limitele în general admise, nu pot fi totuşi cosiderate o manifestare patologică.

„Bolile psihice se caracterizează prin simptome predominant psihice bine conturate în timp, manifestate prin inadecvare şi deficit, puternic reflectate subiectiv, determinate complex în condiţii individualizate de teren şi personalitate, de acţiunea unor factori externi şi interni defavorabili asupra structurilor şi mecanismelor reglatorii cerebrale care răspund de funcţionarea normală a vieţii psihice" (450). Mai există şi „stări deosebite", cum le numesc C. Vlad şi T. Vlad (450), ce nu pot fi încadrate în psihopatologie, ca acele „impasuri existenţiale" — extravaganţele din perioada de formare a personalităţii sau epuizările cu totul tranzitorii legate de oboseală, stări febrile, emoţii puternice etc. — care nu devin boală decît în momentul în care, prin afectarea anumitor mecanisme, dobîndesc un grad mai mare sau mai mic de autonomie faţă de cauzele determinante, dar cărora totuşi psihiatrul trebuie să le găsească o încadrare, de unde şi încadrarea lor ca „reactive", „situaţionale", „tranzitorii". Acestea din urmă cuprind, după opinia lui Şelaru (49), unele reacţii la anumite solicitări conflictuale interne sau externe care au o motivaţie logică, obiectivă sau subiectivă certă. De aci şi termeni ca „pseudonevroze", „demodulări psihice", „crize psihologice sau emoţionale acute", „reacţii nevrotice" etc. ce desemnează stări situate undeva la limita dintre normal şi patologic, încălcînd hotarele. Deşi considerate benigne, aceste manifestări merită o atenţie specială, pentru că personalitatea este într-o continuă restructurare, iar maladia nu este un proces, diagnosticul clinic şi funcţional în îmbolnăvirea psihică implicînd un dinamism specific, care de cele mai multe ori nu corespunde unei etichete stabile (288). Referindu-se la diagnosticul psihonevrozelor, Crisp (79) pune dificultatea încadrării lor nosologice pe seama neîncadrării lor în „modelul" medical de clasificare şi diagnostic, dificultate sporită de faptul că tulburările ce apar în aceste boli se diferenţiază de normal numai prin intensitate, deseori confundîndu-se cu aspecte ale personalităţii. Consideraţiile menţionate sînt şi mai importante în cazul studentului, care traversează postadolescenţa, etapă de maturizare. Specificul ocupaţional, dominat de o solicitare intelectuală intensă, poate determina în anumite împrejurări o scădere a motivaţiei ca expresie a nevoii de apărare, de detaşare progresivă de obiectul care nu poate fi cuprins şi asimilat în întregime. Se formează un cerc vicios: oboseala scade motivaţia (reflex de apărare), iar scăderea motivaţiei provoacă oboseala, care prefaţează neurastenia (Cl. Veil). Această concepţie coincide pînă la un punct cu aceea a lui Deard, care, considerînd neurastenia ca pe o boală de origine socială, o defineşte ca o formă morbidă în care „... individul pierde cursa în care s-a angajat cu ambianţa din care face parte" (49). Şi alţi autori admit posibilitatea apariţiei unor fenomene de instabilitate sau dezechilibru care se manifestă pe plan individual prin distorsionări ale activităţii motivaţionale, clasă de tulburări cibernetice ale funcţiilor nervoase superioare care stau la baza majorităţii nevrozelor (21).

Unde să situăm în acest context insau dezadaptarea studentului, care se suprapune „normalului prin psihologia vîrstei" şi „eşecului nevrotic"? În nici un caz nu putem adopta optica lui Leonhardt (citat de 416), care susţine că orice individ care crezîndu-se bolnav se adresează medicului, trebuie considerat nevrotic. Şi totuşi, fobia şcolară, studentul etern, impasurile existenţiale pe fondul procesului de maturizare, sindroamele de suprasolicitare

Scanned with OKEN Scanner

sînt o realitate recunoscută de toți autorii. Dificultatea încadrării acestor „cazuri particulare" este în același timp o problemă de concepție și una practică.

Lăsînd de o parte neclaritatea unor termeni folosiți în psihologie (147) și sensul diferit ce li se atribuie de către psihologi, psihiatri și neurologi, precum și imperfecțiunea limbajului utilizat de psihiatrie însăși (450), definițiile date nevrozei nu sînt nici ele concordante. Iată cîteva definiții. Grupa de psihiatri din cadrul O.M.S. (87), definea nevroza ca o „... tulburare psihică fără substrat organic, în care bolnavul se observă, examinîndu-se, dar senzațiile subiective și imaginare nu sînt confundate cu realitatea exterioară, comportamentul putînd fi modificat, dar personalitatea păstrată..." Clinica de psihiatrie din București postulează (288): „Nevrozele reprezintă un grup de reacții și dezvoltări psihice patologice de etiologie predominant psihogenă... Tabloul clinic al acestei afecțiuni este expresia unui complex de tulburări psihice cu răsunet somatic, trăit în mod conștient și penibil de către bolnav și constituind, din această cauză, un element psihotraumatizant permanent, implicat în cercul vicios al lanțului dezadaptativ nevrotic. În apariția, dinamica și evoluția nevrozei concură un complex psihopatologic de factori cu valoare variabilă de la caz la caz, dar fiind implicați și interacționînd întotdeauna într-o constelație multifactorială...". Școala de psihiatrie de la Socola-Iași afirmă (49): „Nevrozele, ca psihogenii neintenționale, înnăscute sau cîștigate, se caracterizează prin contractură ideoafectivă penibilă „egofobică" cu prevalențe obsesivo-fobice sau cenestopatice în afara unor suferințe visceroumorale manifeste, conservînd totodată sentimentele morale, discernămîntul critic asupra interrelațiilor sociale...". Școala de psihiatrie din Cluj-Napoca consideră că (405): „Ansamblul bolilor, destul de eterogene și contradictorii, cunoscute sub denumirea de nevroze, se caracterizează mai ales prin modificările psihice care apar în acest dialog continuu om-mediu, tulburări cauzate, pînă la urmă, de dificultățile sau de obstacolele pe care unul din cei doi „parteneri" le prezintă". După Kreindler și colab. (228; 233), nevroza este rezultatul acțiunii prelungite a unei stări conflictuale asupra unui ins cu un „teren" predispus, care se traduce printr-o perturbare funcțională cortico-subcorticală, exprimată clinic prin manifestări psihice și somatice, evoluția afecțiunii depinzînd de dinamica acțiunii exercitate de „constelația aferențială". Freud considera nevroza ca o regresiune, existențialiștii ca o manifestare a „inautenticului și fictivului" etc. „...Pentru noi, nevroza este o suferință la o semnificație...", scriu Stössel și Ogodescu (427), iar pentru Pamfil și Ogodescu (310) definirea nevrozei implică obligatoriu motivația dezechilibrului, ceea ce echivalează cu producerea și nașterea suferinței prin mecanisme psihologice, printr-o situație de tip conflictual, prin elemente determinate mintal, pentru ca apoi motivația nevroticului, bogat încărcată afectiv, să alunece într-un plan prenoetic. Conflictul angajează și implică persoana, menționează aceiași autori, într-o situație de dezadaptare socială, fapt ce imprimă demersului psihiatric o notă sociologică, problema nevrozelor situîndu-se la locul de întretăiere a marilor linii de gîndire și acțiune social-culturală.

Din cele menționate rezultă problema diferențierii nevrozelor atît de normal, cît mai ales de psihopatii, stări psihopatoide și dezvoltări prevalente, precum și de psihoze, în special de cele exogene schizofreniforme. Existența unor „interrelații orbitale" între nevroze și psihopatii se deduce din marea deschidere a psihopatiilor, atît în direcția normalului, cît și a patologicului, chiar și în nevroze manifestîndu-se

Scanned with OKEN Scanner

modificări caracteriale, dar insuficiente pentru a afecta profund comportamentul (288; 343). Caracteristic pentru psihopatii ar fi debutul lor în copilărie, sub forma de tulburări de comportament, şi cristalizarea lor în adolescenţă ca o dezvoltare disarmonică a personalităţii şi în sfîrşit „egofilia" psihopatului, spre deosebire de centrarea „egofobă" a nevroticului. Dar complexitatea problemei n-ar fi suficient de fidel redată dacă s-ar omite dezvoltarea derapantă şi de apersonalizare, categorie ce include boala anancastă, nevroza obsesivă gravă şi acele entităţi clinice descrise de Kretschmer sub denumirea de „Persönlichkeitsreaktion", cum sînt psihopatia schizoidă, formele grave de psihopatie şi *paranoia vera* (242).

O altă latură a nevrozei se învecinează cu sindroamele neurasteniforme, pe care Clinica de psihiatrie din Bucureşti le defineşte ca: „. . . grup de afecţiuni caracterizate printr-o simptomatologie relativ asemănătoare (neurasteniei), dar apărută secundar pe fondul unei maladii somatice sau psihice, apariţia, evoluţia şi remiterea lor fiind în mod esenţial şi cauzal legată de evoluţia bolii de bază" (288). Dacă teoretic lucrurile sînt pe cît de logice, pe atît de clare, în practică diferenţierea nu este deloc simplă; spre exemplificare menţionăm următoarele cupluri de diagnostice: reacţie nevrotică-sindrom neurasteniform posttraumatic, neurastenie-decompensare neurasteniformă la un tînăr psihopat. La tineri, care oscilează între energie inepuizabilă şi oboseală zdrobitoare (Toolan, 168), nici chiar urmărirea clinică mai îndelungată nu permite totdeauna, în condiţiile de policlinică, o diferenţiere sigură.

În sfîrşit, la limita cu normalul şi cu nevrozele trebuie plasate bolile psihosomatice şi sindroamele psihoneurovegetative. G. Ionescu (195), făcînd o paralelă între psihopatii şi bolile psihosomatice, subliniază că aşa cum primele reprezintă o „dezvoltare disarmonică a personalităţii", cele din urmă reprezintă o „dezvoltare psihosomatică a personalităţii", deosebirea constînd în faptul că în timp ce psihopatiile echivalează cu moduri de organizare a personalităţii, deci nu cu boli propriu-zise, de unde şi incurabilitatea lor, bolile psihosomatice sînt numai expresia unui anumit mod de organizare a personalităţii, beneficiind de remisiune şi de vindecare. La rîndul său Delius (90) precizează că pentru a susţine diagnosticul de sindrom psihoneurovegetativ, se impune existenţa unor particularităţi psihice care însoţesc semnele fizice, la originea acestor sindroame intervenind în mod egal factori constituţionali, genetici, ecologici şi psihosociali.

În grupa nevrozelor sînt cuprinse: neurastenia (termen sinonim cu nevroza astenică), nevroza obsesivo-fobică, nevroza isterică şi nevrozele mixte, ultimele caracterizate prin intricarea fenomenelor neurastenice şi obsesivo-fobice cu fenomene funcţionale motorii. În cadrul neurasteniei se descriu formele: simplă, anxioasă, depresivă şi cenestopată. Între neurastenie (entitate psihiatrică) şi starea de oboseală restantă, surmenaj sau epuizare, diagnosticul diferenţial se bazează pe faptul că epuizarea însăşi dobîndeşte în geneza neurasteniei semnificaţia unui factor psihogen conştientizat şi trăit într-un mod penibil de către bolnav. Această semnificaţie psihogenă a epuizării este dată de contradicţia conflictuală pe care o resimte neurastenicul între ceea ce i se solicită şi ceea ce poate da, de sentimentul său de neputinţă faţă de sarcinile altădată obişnuite, de confruntarea jenantă şi străduinţa ineficientă de a atinge performanţele sale anterioare (288).

O diferenţiere, deloc uşoară, reclamă şi reacţiile nevrotice, un tip de evoluţie a nevrozei cu debut acut şi simptomatologie intensă care se rezolvă în urma tratamentului şi dispariţiei facto-

Scanned with OKEN Scanner

rilor psihogeni (288), mai ales de stările reactive; acestea se deosebesc de nevroze prin faptul că elementul patogen nu-şi are sediul în intimitatea insului (ca în nevroze), ci în afara lui, factorul fiind psihotraumatizant sigur, fără caracter de dilemă. Este cazul unei emoţii brutale care perturbează existenţa individului generînd o anomalie în organizarea emoţiilor şi de aci rezultă o tulburare mai mult sau mai puţin marcată a funcţionării conduitelor şi gîndirii.

Tratarea exhaustivă a problemei cadrului nosologic al nevrozei a fost făcută cu scopul evidenţierii unor aspecte cel puţin incerte, mai ales dacă ne referim la diagnosticul diferenţial. Cu atît mai dificilă este corecta încadrare nosologică a tulburărilor nevrotice la student, tînăr cu o personalitate în curs de maturizare şi supus unui „*stress* specific profesional" (117) în cadrul căruia riscul de eşec se intrică cu o activitate intens intelectualizată. Aspectele menţionate neau determinat ca pentru studiul de faţă să recurgem la o clasificare simplă: nevroze constituite, reacţii nevrotice şi sindroame de suprasolicitare, ultimele două reunite sub denumirea de dezadaptări acute.

Nevroza constituită (sinonimă cu nevroza „vera") este caracterizată de:

— existenţa unei stări conflictuale durabile, de cele mai multe ori întreţinută de un complex de factori ce se potenţează reciproc şi sînt greu de anihilat;

— existenţa unei „predispoziţii", a unui teren cu prag nevrotic scăzut (Kreindler);

— evoluţia prelungită a unui tablou simptomatic tipic nevrotic a cărui dominantă este determinată de particularităţile personalităţii, independent de dinamica acţiunii factorilor cauzali care induc doar variaţii ale intensităţii tabloul clinic;

— trăirea conştientă şi penibilă a tulburărilor psihice şi somatice;

— sensibilitatea limitată la chimioterapie şi la psihoterapie (în sensul cel mai larg al termenului).

Sindroamele de in- sau dezadaptare acută includ forme dintre care unele sînt atît de aproape de limitele normalului încît pot fi încadrate în stări „infranevrotice" situîndu-se în ceea se Dörner (citat în 469) numeşte „zonele diluate" ale patologicului. Acestea au o pondere majoră în morbiditatea prin afecţiuni nevrotice la studenţi şi sînt extrem de eterogene şi polimorfe. Cunoaşterea lor este necesară tocmai pentru că pot mima orice afecţiune psihiatrică; identificarea lor nu este posibilă decît dacă folosim ca termen de referinţă *studentul contemporan sănătos*, multe dintre simptomele acestor dezadaptări infranevrotice nereprezentînd decît o accentuare a trăsăturilor proprii psihismului acestui tînăr. Aceste dezadaptări acute poartă amprenta inadaptărilor juvenile provocate de un ansamblu de factori perturbanţi şi de combinaţiile lor (238), avînd particularităţi imprimate de specificul ocupaţional, de unde şi denumirea lor de „dezadaptări şcolare sau universitare", inhibiţii şcolare acute, „affaticamento scolare" etc. Tabelul bolilor mintale întocmit de psihiatrii americani în 1952 (în 126) include „tulburări de învăţare" la codul 000-17, cod rezervat tulburărilor psihogene sau fără cauză bine definită, iar la codul 000-85, aceleaşi tulburări de învăţare, printre tulburările de personalitate situaţionale pasagere şi „reacţiile de adaptare ale adolescenţei".

În legătură cu tulburările dezadaptative ale studentului, Ziolko (469) priveşte cu scepticism opiniile ce sînt vehiculate referitor la substratul lor: universitatea le priveşte ca manifestări ale prostiei, lenei sau lipsei de voinţă, sociologii ca pe o expresie a incertitudinii statutului sau a procesului de adaptare la universitate, punîndu-le în legătură şi cu nivelul social al părinţilor, psihologii — ca reflectarea incertitu-

Scanned with OKEN Scanner

dinii Eului prin separarea tînărului de mediul familial, medicii ca distonii neurovegetative sau psihopatii. În sfîrşit, acelaşi autor consideră ca legendare, dificultăţile economice, munca excesivă şi suprasolicitarea. În ciuda acestui scepticism, tulburările menţionate sînt o realitate incontestabilă şi abordarea lor din unghiuri cît mai diferite, un fapt pozitiv care va conduce în final la elucidarea adevăratei lor etiologii, în mod cert, deosebit de complexă. Dificultatea clarificării substratului începe odată cu încercarea de a stabili factori general valabili, dat fiind că fiecare tînăr dispune de o structură, o istorie şi un nivel propriu de reactivitate, atît faţă de problematica sa interioară, cît şi faţă de cea generată de adaptare. Totuşi pe linia orientării preventive a medicinii muncii universitarilor, în concordanţă cu majoritatea cercetătorilor, considerăm justificată separarea factorilor etiologici de natură şcolară („... tracul, ... emoţia la examene ..., fenomene însoţite de tensiune, alertă, reactivitate, *stress* ... ce pot modifica adesea imprevizibil deznodămîntul comportamental ...“ (147), de cei extraşcolari, cum sînt: schimbarea mediului rural cu cel urban, dificultăţile economice, dificultăţile de adaptare la mobilitatea socială (126) etc. Adoptarea acestei optici justifică separarea în cadrul sindroamelor de dezadaptare acută, a sindroamelor de suprasolicitare — induse aproape în exclusivitate de cauze şcolare — de reacţiile nevrotice, a căror etiologie este foarte variată.

Pamfil şi colab. afirmau că „...suprasolicitarea fiind o noţiune născută în tehnică şi în rezistenţa materialelor, exprimă o proprietate simplă a unui sistem care suferă o depăşire funcţională ...“, criticîndu-i pe teoreticienii „suprasolicitismului“, pentru că aceştia ignorează faptul că în „maşina“ nervoasă există inhibiţia ca mijloc de apărare înnăscut (311). Într-un articol recent, intitulat „*Stress* sau surmenaj“ (*Hexagone*, 1979, 7, 5, p. 1), T. B. Kraft vede în conceptul de solicitare, totalitatea factorilor sociali care „apasă“ asupra individului şi susţine că pentru evaluarea greutăţii acestei poveri trebuie să se ţină seama de motivaţiile şi aspiraţiile individului, de satisfacţii şi preţuiri, factori ce cresc rezistenţa individului. Dealtfel autorul citat reaminteşte de nevrozele prin exces de muncă (*Tätigkeitsneurosen*) descrise de Kraepelin în 1915 şi, considerînd că acumularea situaţiilor stressante conduce la surmenaj, defineşte surmenajul ca pe un: „... dezechilibru durabil între rezistenţa fizică şi psihică a pacientului, inerente vieţii în societate, pe de altă parte“. Dintre factorii implicaţi în apariţia surmenajului, Kraft pune accentul pe cei legaţi de structura personalităţii, atît în surmenajul manifest, cît şi în cel mascat. P. Brânzei (48) vede în suprasolicitare o stare de surmenaj ce are ca substrat fie o supraîncordare epuizantă a proceselor nervoase superioare — activitate psihică prelungită dincolo de limita capacităţii fiziologice —, fie o ciocnire a stereotipului dinamic, insatisfacţia şi grijile de nedepăşit, suferinţa somatică şi lipsa alternării judicioase a ritmului activitate-repaus.

De acord cu majoritatea autorilor, considerăm că în psihiatria universitară, sindromul de suprasolicitare merită să fie o entitate clinică aparte, încadrată în dezadaptările acute. Această atitudine este justificată de marea incidenţă a acestui tip de reacţie dezadaptativă în populaţia universitară — în cercetările efectuate de Predescu şi colab. (349) fiind prezente la 71% dintre studenţii cu tulburări neurastenice — cît, mai ales, de faptul că reflectă o tendinţă încă prezentă în învăţămîntul superior de a supraîncărca programele analitice şi orarele, dublată de tendinţe enciclopediste şi de dopare informaţională prin memorizare, criticată şi de alţi autori (450). Este neîndoielnic că intervine o inhibiţie, după cum este

Scanned with OKEN Scanner

evident că în momentul conştientizării sale, studentul „îşi refuză şansa victoriei" ca orice nevrotic (427), dar ceea ce precedă aceste fenomene este nivelul solicitării. Pe de altă parte, adoptarea acestei denumiri, care ar putea fi înlocuită spre exemplu cu aceea de „sindrom astenic", mai ales că — aşa cum sublinia Lindberg (citat de 217) — cuvîntul „oboseală", „astenie" are un halou semantic larg, mai apropiat de inhibiţie, de incapacitatea de a face faţă obligaţiilor zilnice, de pierderea iniţiativei şi de aprecirea oricărui eveniment ca pe o dificultate insurmontabilă, a fost dictată şi de intenţia de a-i reliefa cauzele: deficienţe de ordin psihoigienic ale desfăşurării procesului de învăţămînt şi uneori ale desfăşurării studiului individual.

Sindromul de suprasolicitare — surmenajul patologic — cu debut de regulă insidios, se poate instala acut în perioadele de vîrf ale anului universitar — sesiuni de examene, predări de proiecte, examene parţiale etc. Deşi aparent de cauză exclusiv universitară, surmenajul are adesea etiologie mai complexă, atunci cînd efortul şcolar intensiv coincide cu acţiunea unui *stress* de altă natură — ruptură afectivă erotică, conflict familial etc. — sau cînd surmenajul intervine pe un teren somatic sau psihic mai puţin rezistent. Simptomul de care studentul se plînge în primul rînd în aceste cazuri este scăderea eficienţei studiului individual prin hipomnezie. De fapt este vorba de o hipoprosexie generată de scăderea motivaţiei prin oboseală, intricată cu o stare de anxietate elaborată prin supraevaluarea riscului de eşec şi prin comprimarea timpului subiectiv. Atingînd nivel de alertă, anxietatea atrage după sine o autosubestimare urmată de un autocontrol obsesiv al capacităţii sale de stocaj şi evocare mnezică, întotdeauna cu concluzii pesimiste. Studentul reacţionează prin creşterea numărului orelor de studiu în dauna orelor de somn, ceea ce amorsează astfel un cerc vicios. Se adaugă o iritabilitate crescută, o hiperestezie senzitivă manifestă la cel mai mic zgomot, cefaleea „de atenţie" (305), cefaleea de tip muscular (128; 129), mai rar de tip vascular, o astenie resimţită şi psihic şi fizic, accentuată de tulburările de somn, tulburări vegetative, fie cardiocirculatorii, fie digestive, iar la fete — dereglări de ciclu menstrual cu fenomene de hiperfoliculinemie etc. Polimorfisuml clinic ar putea sugera o nevroză, dar momentul instalării, care coincide cu perioada de vîrf a activităţii studentului, faptul că tulburările se risipesc sub acţiunea măsurilor de psihoigienă, a unei psihoterapii de susţinere şi a unei modeste chimioterapii simptomatice, precum şi „vindecarea" după trecerea perioadei de efort, confirmă diagnosticul de surmenaj patologic.

Deşi, aşa cum susţine Brânzei (49), n-ar fi vorba de o boală, ci doar de o reacţie de apărare, sindromul de suprasolicitare trebuie privit cu multă seriozitate în mediul universitar, pe de o parte pentru că incidenţa lui este un indicator al modului în care sînt respectate sau nu normele de psihoigienă atît de către student, cît şi de către autoritatea instituţională, şi pe de altă parte, pentru că el poate reprezenta un prodrom sau masca unei boli psihice mai grave. Intervenţia unui eşec la examen, care poate coincide cu pierderea bursei şi cu o reacţie inadecvată la eşec a colegilor şi familiei, periodicitatea momentelor de vîrf ale activităţii sale universitare — sînt de-a lungul studenţiei 6—12 sesiuni de examene — pot declanşa reacţii durabile cu evoluţie uneori imprevizibilă.

Reacţiile nevrotice, cu debut acut, fie imediat după acţiunea unui factor psihotraumatizant, fie după o perioadă de latenţă, se însoţesc de o simptomatologie zgomotoasă cu repercusiuni asupra comportamentului motivat, evidenţiind trăsăturile vulnerabile ale personalităţii pacientului. Aproape nelipsite, tulburările vegetative se pot întovărăşi de

Scanned with OKEN Scanner

perturbări funcţionale diencefalice, traduse clinic prin modificări de temperatură, ale orexiei, ale dinamicii sexuale etc. Investigînd etiologia acestor reacţii, se constată marea rezonanţă afectivă a studentului la evenimentele din mediul său familial şi psihosocial, precum şi dificultăţile pe care le întîmpină în soluţionarea matură a problemelor legate de sexualitate. Reacţiile nevrotice traduc clinic depăşirea capacităţii de apărare a pacientului şi sînt reversibile prin chimioterapie adecvată, prin măsuri de psihoigienă şi mai ales prin psihoterapie de redresare. Doarece se instalează de predilecţie pe un teren psihic vulnerabil, evoluţia lor nu este totdeauna previzibilă, fapt ce impune observarea lor atentă şi în timp. Este locul să subliniem că nu de puţine ori sîntem obligaţi să încadrăm în grupa dezadaptărilor acute adevărate crize psihologice de maturizare, caracterizate de discrepanţa dintre factorul cauzal şi intensitatea reacţiei. Astfel, după un eşec, sau după obţinerea unei note sub aşteptări la un examen, asistăm la instalarea fobiei faţă de materie, faţă de profesorul şi examenul respectiv, fobie care se poate extinde în pată de ulei la mediul universitar şi la cel psihosocial. Alteori se observă concomitent cu scăderea motivaţiei pentru studiu, o tendinţă la însingurare, cu sărăcirea relaţiilor intersubiective, cu scăderea afectivităţii şi introversiune, cu preocupări pentru marile probleme ale vieţii, abordate pesimist şi încheiate cu sentimentul de inutilitate, nerealizare şi dezarmare în faţa celor mai mici probleme de fiecare zi. Adesea un astfel de tablou clinic, care mimează debutul neurasteniform sau psihasteniform al schizofreniei, dispare fără urme după cîteva săptămîni sau luni de psiho- şi chimioterapie bine condusă, mai ales dacă între timp conflictul generator s-a lichidat.

Iată motivele care justifică rezervarea unui loc aparte celor două forme — aparent minore — ale dezadaptării acute a studentului în grupa nevrozelor. Importanţa cunoaşterii lor rezidă atît în faptul că pacienţii traversează postadolescenţa, care implică procesul de maturizare psihologică (22), cît şi în faptul că pot ascunde debutul unor psihoze. În acest sens, Borel (43) scria: „. . . acela care renunţă la 20 de ani . . . poartă în el cauza imediată şi directă a prăbuşirii . . .“, în timp ce Leonhard (244) susţinea că suicidul poate apărea ca urmare a unor acţiuni mintale antagoniste, iar Elkins (46) includea sărăcirea relaţiilor interpersonale şi prelungirea acţiunii unor traume psihice printre factorii etiologici exogeni ai schizofreniei.

Materialul faptic

Studiul de faţă se bazează în primul rînd pe cercetarea unui lot de 1 600 de studenţi — 1 400 cu afecţiuni nevrotice sau infranevrotice şi 200 psihic normali — selecţionat din totalul studenţilor care ne-au consultat în perioada 1962—1969 la cabinetul de neurologie al Policlinicii studenţeşti.

La alcătuirea lotului s-a ţinut seama şi de raportul existent între efectivele de studenţi din cele două categorii de institute, cu profil tehnic şi, respectiv, cu alte profiluri decît cel tehnic, datorită următoarelor trei considerente:

— trăsăturile personalităţii tînărului sînt implicate în opţiunea sa profesională;

— saturaţia superioară cu matematică a programelor analitice din facultăţile tehnice, fenomen ce pare să crească nivelul solicitării şi să inducă un număr sporit de dezadaptări, mai ales în cazul tinerilor cu aptitudini şi pregătire de bază insuficiente;

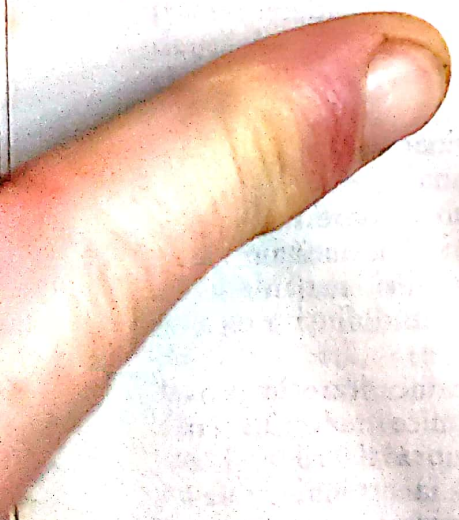
— perspectivele de încadrare în producţie a cadrelor tehnice exercită o atracţie puternică asupra tinerilor şi a părinţilor, conducînd la opţiuni profesionale necorespunzătoare.

În categoria „institute tehnice“ (poate ar fi fost mai corectă denumirea „teh-

Scanned with OKEN Scanner

nologice") am inclus: institutul politehnic, cel de arhitectură, cel de construcţii şi cel de petrol, gaze şi geologie. În categoria pe care am numit-o convenţional „institute netehnice", am înglobat pe cele cu caracter umanist, economic, agronomic, medicofarmaceutic şi artistic, categorie polimorfă alcătuită astfel în scopul simplificării expunerii datelor.

Referitor la lotul celor 1 400 de nevrotici şi infranevrotici, precizăm că în componenţa sa intră: grupa celor cu nevroze constituie (700 de observaţii) şi grupa celor cu in- şi dezadaptări acute (700 de observaţii, cuprinzînd 300 de studenţi cu reacţii nevrotice şi 400 cu sindroame de suprasolicitare). Egalitatea celor două grupe nu reflectă ponderea lor reală în structura morbidităţii psihiatrice, fiind preferată din raţiuni statistice. Acest material faptic de bază este completat cu cel cuprins în numeroase cercetări personale, totalul observaţiilor ridicîndu-se la cifra de aproximativ 3 000 de studenţi cu dificultăţi de adaptare. Observaţiile efectuate prin studierea lotului menţionat reprezintă doar nucleul pe care s-au grefat consideraţiile şi concluziile cuprinse în acest volum, ele fiind selecţionate din cele peste 120 000 de consultaţii la studenţi, acordate în decurs de aproximativ două decenii de activitate ale autorului acestui studiu în ambulatorul Spitalului studenţesc.



Scanned with OKEN Scanner

Partea a doua

Rezultatele cercetărilor

Structura morbidității neuropsihiatrice în mediul universitar

Considerații pe marginea unor date statistice

În intenția de a furniza o imagine de ansamblu a problematicii neuropsihiatrice din Centrul universitar București prezentăm cîteva date statistice înregistrate la unul dintre cabinetele de neuropsihiatrie ale Policlinicii pentru studenți. Astfel, în perioada 1 mai 1962—30 aprilie 1979, s-au acordat cca 110 000 consultații, dintre care 89,14% unor studenți cu tulburări neurologice sau psihiatrice. Din totalul consultațiilor acordate pacienților cu tulburări neuropsihice, 11,57% au revenit studenților cu boli convulsivante, 9,09% celor cu alte boli neurologice, 7,93% celor cu psihoze și 71,41% celor cu nevroze, dezadaptări acute și tulburări de personalitate. În același interval de timp *cazurile noi*, de îmbolnăvire înregistrate s-au repartizat astfel: boli convulsivante 6,39%, boli neurologice 14,58% (dintre acestea, două treimi au fost îmbolnăviri ale nervilor periferici, iar restul sechele de encefalită, encefalopatii, leuconevraxite etc.), 2,44% psihoze și psihopatii și 76,6% afecțiuni nevrotice și dezadaptări acute. Datele menționate pot fi considerate destul de elocvente, deși ele nu reprezintă decît o parte din morbiditatea raportată statistic de toți medicii încadrați în Spitalul pentru studenți și deși reprezintă morbiditatea înregistrată pasiv, totalizînd cca 15 000 de cazuri noi.

Abordînd exclusiv grupa afecțiunilor nevrotice, din totalul cazurilor noi înregistrate de-a lungul unei perioade de 10 ani universitari (1966/67—1975/76), 42,9% vizează studenții din institutele cu profil tehnologic, față de 57,1% studenți din institutele „netehnice", diferență nesemnificativă, întrucît corespunde raportului dintre efectivele de studenți ale celor două categorii de institute de învățămînt superior. Repartizarea procentuală a cazurilor noi de afecțiuni nevrotice înregistrate, în funcție de anul de studii frecventat în momentul diagnosticării lor, se prezintă astfel: la studenții din primul an de studii — 22,8%; la studenții din anul II — 25,3%; din anul III — 25,4%; din anul IV — 18,6% și din anii V și

Scanned with OKEN Scanner

VI — 7,9%, fără diferenţe semnificative în ceea ce priveşte profilul facultăţii frecventate. La interpretarea acestor date trebuie avut în vedere faptul că, fiind vorba de o înregistrare pasivă a morbidităţii, ea nu poate reflecta cu suficientă fidelitate consecinţele efortului de adaptare impus studentului din anul I, pentru că nu totdeauna acesta ajunge de la început la cabinetul de specialitate şi pentru că adesea stabilirea unui diagnostic precis reclamă repetate consultaţii şi deci şi un interval de timp între momentul primei solicitări şi cel al înregistrării cazului. În al doilea rînd, nu trebuie omis că şi efectivele de studenţi scad progresiv de la primul la ultimul an de studii, fenomen acut după anul III, cînd cei de la institutele de 3 ani absolvă studiile.

Ţinînd seama de aceste aspecte general valabile, selecţia cazurilor cuprinse în lotul cercetat s-a făcut aşa fel încît să reflecte cu cît mai mare fidelitate fenomenul analizat.

TABELUL III

Repartizarea procentuală a pacienţilor în funcţie de profilul institutului şi anului de studii frecventat în momentul solicitării de către pacient a primei consultaţii la cabinetul de specialitate

	Număr pacienţi	*Anul de studii frecventat*				
		I	*II*	*III*	*IV*	*V–VI*
Total pacienţi	1 400	25,6	29,5	25,9	12,9	5,9
dintre care:						
din institute tehnice	550	23,6	35,3	22,2	12,3	6,5
din institute netehnice	850	26,9	25,8	28,3	13,3	5,5

Studiul etiologiei dezadaptărilor nevrotice

Dinamica morbidităţii prin dezadaptări nevrotice

Dinamica mediei lunare a cazurilor noi

Prezentarea afecţiunilor nevrotice la un loc cu tulburările de personalitate în fig. 1 este justificată de dificultăţile diagnosticului diferenţial în cazul tinerilor în curs de maturizare.

Graficul pune în evidenţă trei fenomene principale: în primul rînd, exceptînd luna iunie, se observă diferenţe destul de puţin marcate ale apariţiei cazurilor noi de la o lună la alta. Explicaţia rezidă în limitarea inevitabilă a accesibilităţii la consultaţia de specialitate, mai ales în perioadele de vîrf ale anului universitar. Al doilea fenomen îl constituie momentul de vîrf al morbidităţii din sesiunea de examene din vară — iunie. Dacă pentru unele dintre cazuri instalarea tulburării reflectă o consecinţă logică a discontinuităţii curbei de efort din timpul semestrului, în majoritatea cazurilor încălcările normelor de psihoigienă din această perioadă sînt induse de încărcarea orarelor de-a lungul semestrului II, dar mai ales de tensiunea emoţională care poate atinge nivelul de alertă din cauza riscului de eşec, pericolului de pierdere a bursei sau motivaţiei excesive pentru nota maximă. În sfîrşit, incidenţa cazurilor apărute în noiembrie poate fi atribuită consecinţelor efortului de adaptare cerut studentului din anul I — confruntarea cu exigenţele universitare într-un mediu nou pentru ei, dificultăţile trecerii de la învăţarea receptivă la cea selectivă, recuperarea rămînerilor în urmă determinată de perioada de „respiro“ pe care mulţi şi-o permit după ce au trecut cu succes concursul de ad-

Scanned with OKEN Scanner

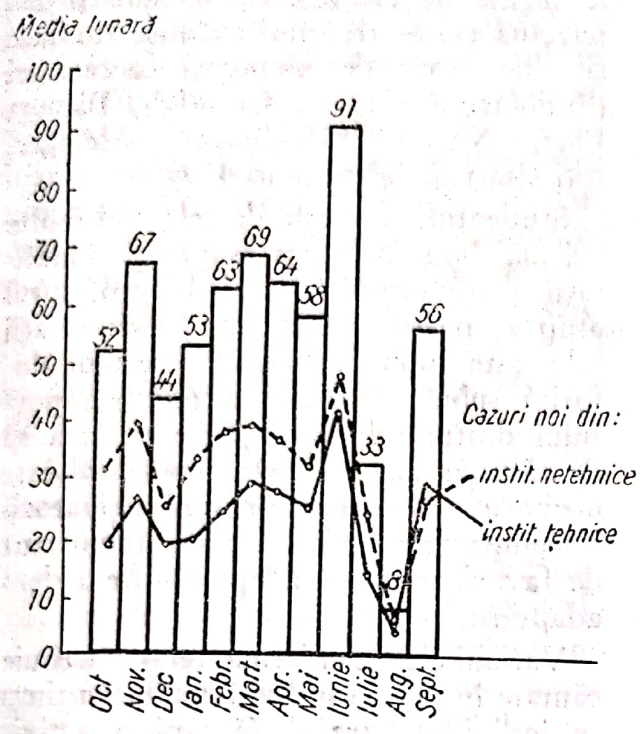


Fig. 1 — Dinamica lunară a mediei cazurilor noi de afecţiuni nevrotice şi de tulburări ale personalităţii, înregistrate într-o perioadă de zece ani, la unul din cabinetele de neuropsihiatrie ale ambulatoriului Spitalului pentru studenţi.

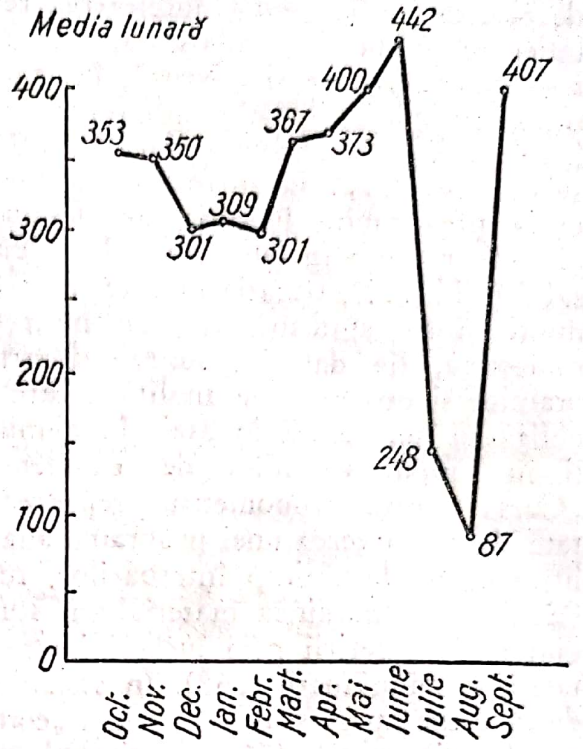


Fig. 2 — Dinamica lunară a numărului mediu de consultaţii acordate studenţilor, pentru tulburări nevrotice sau de personalitate, în decurs de zece ani.

mitere —, reacţiei celor rămaşi repetenţi care pierd şi dreptul la bursă, precum şi postreacţiei studenţilor care au promovat anul *in extremis* în octombrie, prin reexaminare. Menţionăm şi creşterea numărului cazurilor noi în intervalul ianuarie—martie. Fenomenul reflectă în parte consecinţele eşecurilor din sesiunea din iarnă şi în parte instalarea aşa-zisei „astenii de primăvară" cu o marcată componentă somatogenă, postvirotică. Ecloziunea cazurilor din septembrie se suprapune emoţiilor amorsate de sesiunea de restanţe, care pentru unii are semnificaţii majore, cum este studentul din anul I supus riscului exmatriculării în situaţia nepromovării restanţelor. Pentru alţii, reintrarea în ritm odată cu începerea cursurilor noului an universitar, după o vacanţă mereu mai scurtă, sau primul contact cu noutatea mediului şi stilului de muncă universitar poate constitui prilej de activare a unor stări conflictuale latente.

O ultimă remarcă merită paralelismul între cele două grupe de institute, fapt ce pledează pentru existenţa unor factori de risc la care sînt expuşi studenţii, independent de profilul facultăţii frecventate.

Dinamica mediei lunare a consultaţiilor

Aspectul curbei din fig 2 nu diferă prea mult de acela din fig. 1, evidenţiind însă mai pregnant existenţa unui paralelism între solicitarea sprijinului medical şi „ritmurile sezoniere ale muncii studentului" (413). Fenomenul este semnalat şi de alţi autori (420; 469), substratul fiind atribuit tensiunii emoţionale generate de riscul de eşec. Tocmai de aceea o succintă trecere în revistă a elementelor ce compun riscul

Scanned with OKEN Scanner

de eşec este utilă pentru înţelegerea relaţiei ce există între oboseală, surmenaj, suprasolicitare şi nevroză, în condiţiile formării viitorului intelectual cu înaltă calificare. Selye (citat de 441) sublinia că „... încercarea de a memora prea multe lucruri este desigur una dintre principalele surse ale stresului psihic...", situaţie în care se află mulţi dintre studenţi, fie din motive subiective, fie datorită supraîncărcării orarelor şi programelor analitice, care-i obligă să muncească în asalt în ajunul şi în timpul sesiunilor de examene. „Cursa contra cronometru" reprezentată de parcurgerea unei programe analitice ce nu lasă timp întrebărilor, reflecţiilor pe marginea materialului studiat şi descoperirii prin încercări repetate este dăunătoare (268). În sesiunile de examene apare şi o percepţie a „contracţiei timpului" (21) — timpul de referinţă interior nu este un sistem de natură noetică, ci de natură afectivă (311), fenomen a cărui intensitate depinde de ecuaţia individuală, de variabila motivaţională, de învăţare şi de experienţa proprie (Lazarus şi Erikson, citaţi de 49), dar şi de riscul pierderii dreptului la bursă, care creşte anxietatea prin anticiparea eşecului (123; 469), precum şi de caracterul stressant al situaţiei de examen. Astfel, se mai întîmplă ca unele cadre didactice să pună mai multă bază pe înmagazinarea mecanică a unor date decît pe logica problemelor discutate şi asimilate (60), mai există situaţii în care examinatorul interpretează emotivitatea candidatului ca un semn al nepregătirii profesionale şi prin atitudinea pe care o adoptă în numele exigenţei îi facilitează eşecul. Or, în situaţie de *stress*, cea mai afectată este tocmai gîndirea constructivă, iar presiunea timpului subminează procesul de gîndire din domeniile cele mai abstracte. Pe plan intelectual stressul poate diminua capacitatea de înţelegere şi promptitudinea, instalîndu-se o gîndire stereotipă şi rigidă care împiedică percepţia stimulilor. Toate aceste aspecte legate de efectele emoţionale şi intelectuale ale stressului au fost studiate şi obiectivate de numeroşi cercetători (Siipolar şi Taylor, Crandall, Birney, Luft, Nuttin, Heckhausen, Metzger, toţi citaţi de Wagner în 469).

Studentul, care este de cele mai multe ori mai bine informat asupra personalităţii profesorului său decît profesorul asupra particularităţilor personalităţii sale, este supus anticipării eşecului datorită subiectivismului evaluării raportului dintre solicitare şi capacitatea sa de răspuns adecvat. Dar studentul este membru al unui grup în care acţionează şi comparaţia socială, factor important de favorizare fie a adaptării, fie a dezadaptării.

Variabilele performanţelor trebuie căutate în relaţia individ-mediu, în timp ce individul care desfăşoară o activitate motivată se află într-o situaţie ce dobîndeşte caracter de sarcină datorită unor stimuli proprii situaţiei respective. Caracterul stimulator al situaţiei depinde în principal de natura datelor situaţiei şi semnificaţia situaţiei — apreciată în funcţie de experienţa personală. În cazul perturbării performanţelor, interpretarea datelor obiective ale situaţiei se face de o manieră care nu permite identificarea caracterului pozitiv al acestor date, ci dimpotrivă, negativ (Rohr, 469). Astfel, procentul ridicat al eşecurilor printre colegii săi va determina anticiparea eşecului propriu, fenomen ce creşte în acuitate pe măsura apropierii confruntării. Examenul, scrie Wagner (469), este doar un moment de vîrf al unui sistem tensionat cu mult timp înainte, pentru că în examen, „... altul — examinatorul — stabileşte legea schimbului."

Mechanic (citat de 123) constată la studenţii examinaţi în diferite momente ale sesiunilor de examene, că reacţiile de adaptare se desfăşoară conform unei anumite dinamici. Iniţial se observă reacţii paradoxale de bagatelizare a eşecului, constînd din evitarea

Scanned with OKEN Scanner

persoanelor care ar putea să amplifice o anxietate preexistentă, pentru ca pe măsură ce se apropie examenul să apară fluctuaţii ale cuplului anxietate-încredere. În acest moment, dacă evaluarea subiectivă a resurselor proprii raportată la nivelul solicitării se soldează cu o subapreciere, suprapunîndu-se şi influenţa comparaţiei sociale, se instalează teama însoţită de tulburări de conduită, care poate ajunge pînă la abandonarea nejustificată a acţiunii de atingere a scopului (123).

Aceasta fiind „atmosfera" în care studentul îşi desfăşoară munca de pregătire din preajma şi din timpul sesiunilor de examene, nu este deloc surprinzătoare instalarea în această perioadă a numeroase impasuri adaptative, nu de puţine ori puse sub semnul întrebării în ceea ce priveşte veridicitatea lor de către unii dintre reprezentanţii autorităţii instituţionale. Mai semnificativ însă este faptul că această situaţie se repetă de-a lungul studiilor universitare, producînd fixarea unor reacţii inadecvate ce pot compromite corecta definire a personalităţii (N. Cosmovici, 49). Pe plan social, fenomenul nu este lipsit de profunde semnificaţii, pentru că aşa cum semnalează mulţi cercetători (34; 126; 246; 263; 355; 383; 419; 456; 469) şi cum am observat şi noi, se poate ajunge la pierderea unor elemente tinere valoroase, care-şi ratează studiile ca urmare a eşecurilor în serie. Mai expuşi sînt tocmai hiperconştiincioşii şi cei cu nivel de aspiraţie foarte ridicat, dar imaturi afectiv.

Admiţînd existenţa unui caracter stressant al perioadelor de desfăşurare a sesiunilor de examene, trebuie acceptată posibilitatea decompensării unor stări nevrotice preexistente. Aşa fiind, se pune întrebarea dacă vîrful de morbiditate înregistrat în sesiuni n-ar fi determinat de astfel de decompensări şi nu de impasuri provocate celor sănătoşi de alerta generată de riscul de eşec. În fig. 3 aspectul celor două curbe

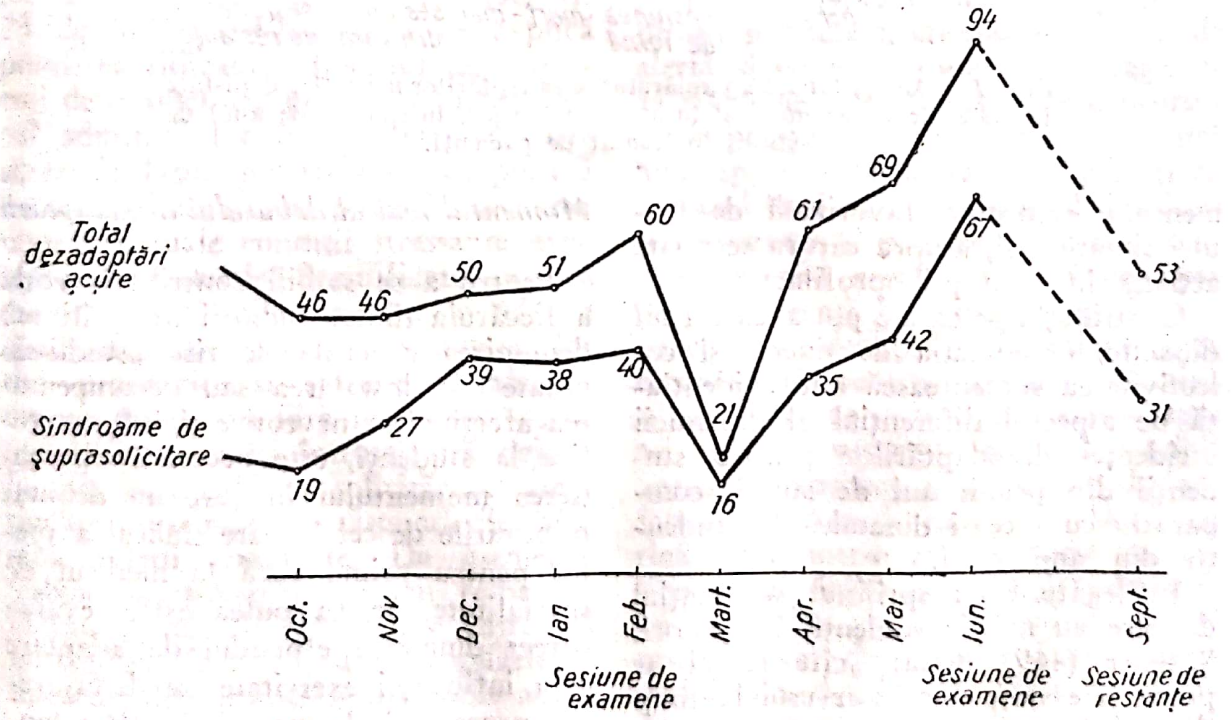


Fig. 3 — Dinamica lunară a numărului mediu de dezadaptări acute şi de sindroame de suprasolicitare înregistrate în decurs de zece ani, la unul din cabinetele de neuropsihiatrie ale ambulatorului Spitalului pentru studenţi; lunile iulie şi august fiind cuprinse în vacanţa studenţilor, lipsesc din grafic.

Scanned with OKEN Scanner

lasă să se întrevadă răspunsul la întrebarea menționată.

Faptul că dinamica dezadaptărilor acute este determinată de dinamica sindroamelor de suprasolicitare, care recunosc o cauzalitate predominant „școlară", atestă agresivitatea reală a momentului respectiv, favorizată de factori situaționali, asupra cărora se poate acționa în scop psihoprofilactic.

Contribuția pe care o pot avea corpul didactic, organizația de tineret și colectivitatea studențească este evidențiată de aspectul diferențial al dinamicii incidenței dezadaptărilor printre studenții din primii ani de studii, comparativ cu aceeași dinamică la studenții din anii mari.

În legătură cu sprijinul substanțial de care au nevoie studenții începători, Wagner (469) scria: „cîte ratări ar putea fi evitate dacă s-ar croi la timp drumul corespunzător pentru ca energiile să poată fi eficiente și nu lăsînd acestor energii șansa de a-și căuta singure albia..." La studenții din ultimii ani de studii (IV, V, VI), intră în joc factorii legați de acutizarea competiției pentru obținerea unei poziții cît mai bune în ierarhia stabilită pe baza calificativelor de la examene, care să le crească șansele unei repartizări în producție, corespunzător aspirațiilor.

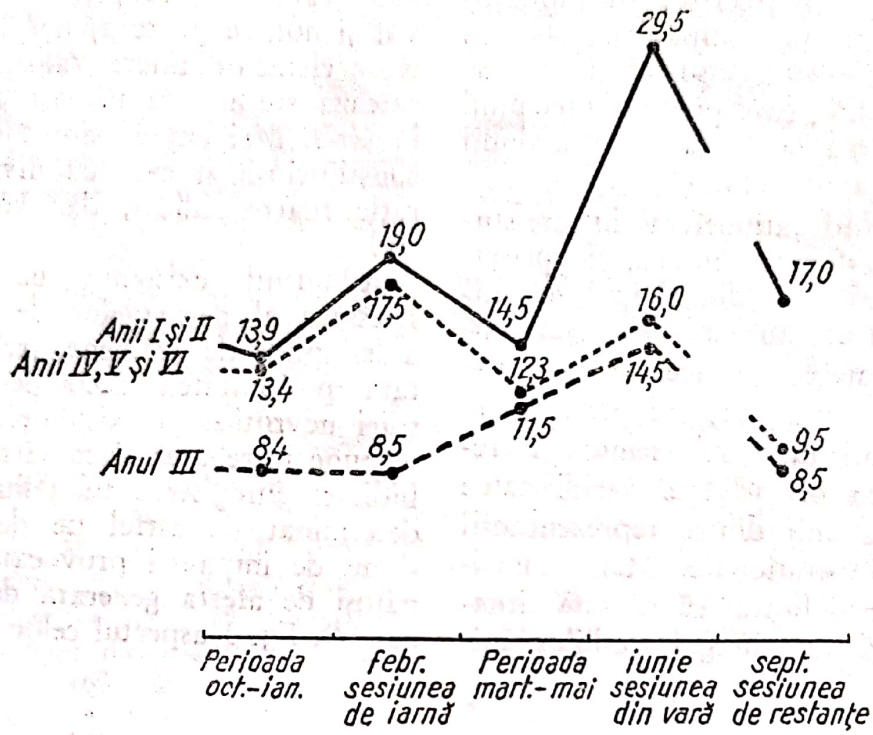


Fig. 4 — Media lunară a numărului dezadaptărilor nevrotice depistate în sesiunile de examene și în afara sesiunilor, în funcție de anul de studii frecventat de pacienți.

Momentul real al debutului dezadaptării

Pentru a se stabili contribuția reală a fiecăruia dintre factorii întruniți sub denumirea generală de risc „studii-sănătate" la instalarea sau decompensarea afecțiunilor nevrotice și infranevrotice la studenți, este necesară diferențierea momentului în care au debutat tulburările de cel în care tînărul a apelat pentru prima dată la medicul de specialitate. Se va putea astfel evalua corect dinamica efortului de adaptare și a influenței exercitate de desfășurarea procesului de maturizare de-a lungul perioadei studiilor universitare. În tabelul IV sînt inserate datele referitoare la cei 1 400 de studenți cu afec-

TABELUL IV

Procentul studenților nevrotici din lotul cercetat, care la data admiterii în facultate sufereau deja de afecțiunea nevrotică, și, separat, în funcție de institutul frecventat

		Pacienți din institute:	
		tehnice	*ne-tehnice*
Total pacienți	36,9	29,4	41,7
Nevroze constituite	58,4	46,3	67,5
Dezadaptări acute	15,4	9,2	18,9
Reacții nevrotice	14,7	12,0	16,0
Sindroame de supra-solicitare	16,0	7,4	21,2

țiuni nevrotice și infranevrotice studiați.

Înainte de a comenta datele din tabelul IV este necesară o caracterizare a perioadei cuprinsă între anii 1962 și 1969, în care a fost întreprinsă cercetarea noastră. Proporția tinerilor care lucraseră în producție înainte de abordarea studiilor universitare era de 57%, iar a celor care depășiseră vîrsta de 25 de ani, de 40%, ceea ce explică ponderea ridicată a tinerilor deja afectați de o afecțiune nevrotică în momentul admiterii lor în facultate. Această stare de fapte nu trebuie interpretată ca un argument ce ar pleda în favoarea unor eventuale condiții stressante existente în producție! Semnificativ este că majoritatea tinerilor la care ne referim și-au efectuat, paralel cu munca lor din producție, și studiile liceale — cursuri serale sau fără frecvență —, că mulți dintre ei își întemeiaseră deja o familie care adăuga solicitărilor menționate, sarcinile și răspunderile aferente vieții conjugale. De asemenea trebuie menționat că tinerii respectivi făceau parte din generațiile intra- și postbelice, afectate încă din copilărie de lipsurile, dificultățile și stressurile acelei perioade.

În ceea ce-i privește pe restul studenților din lotul studiat și în special pe cei suferinzi de o dezadaptare acută înainte de abordarea studiilor universitare, făcînd abstracție de aspectele particulare ale psihismului lor, trebuie subliniat rolul important pe care-l joacă suprasolicitarea lor emoțională durabilă. Hiperactivitatea emoțională, instalată încă din ultimele clase liceale, sub influența perspectivei primei lor confruntări cu o competiție de amploare, concursul de admitere în facultate, cu dubla sa semnificație profesională și socială, evoluează descriind o curbă a cărei asimptotă se situează în ajunul concursului menționat. Acest concurs, adevărată placă turnantă pentru autoaprecierea capacității proprii, are implicații semnificative asupra desfășurării ulterioare a procesului de maturizare și de definire a personalității tînărului. Dacă nu toți tinerii conștientizează importanța momentului, în schimb familia, dominată de ideea „la modă" cum că obținerea unei diplome universitare ar reprezenta unica garanție a succesului în viață, folosindu-se de o ierarhizare subiectivă a profesiilor și proiectînd asupra tînărului propriile aspirații și interese, creează un climat de alertă și de nesiguranță care exagerează riscul de eșec și pregătește concursului în perspectivă o atmosferă stressantă mult sporită. Tendința unor părinți ca în cazul unui eșec la concursul de admitere, văzîndu-și propriile aspirații compromise, să-l acuze pe tînăr de lipsă de perseverență în etapa de pregătire a concursului, de lipsă de afecțiune și de recunoștință pentru investiția afectivă și materială pe care ei au făcut-o spre a-i asigura succesul, creează condiții aproape experimentale pentru declanșarea unei reacții nevrotice. Dacă un tînăr aflat într-o atare situație va susține un al doilea concurs de admitere, nu de puține ori la o facultate cu un profil străin de vocația și de aptitudinile sale, dar la care afluența candidaților este mai mică, lipsa motivației sale endogene pentru profilul profesional abordat și autosubestimarea sa își vor spune cuvîntul după începerea studiilor universitare, întunecîndu-i pers-

Scanned with OKEN Scanner

pectivele de succes şi ameninţîndu-i rezultatele la învăţătură.

Aceste aspecte prefaţează datele cuprinse în tabelul V şi în fig. 5.

Văzut prin prisma datelor expuse, efortul de adaptare solicitat de începerea studiilor universitare devine evident, cu atît mai mult atunci cînd se suprapune unei nevroze preexistente.

Faptul că şi în ultimii ani de studii, în pragul absolvirii facultăţii, mai apar noi dezadaptări nevrotice, se explică prin creşterea caracterului competitiv al activităţii în vederea obţinerii unei repartizări în producţie apropiată de interesele proprii, prin deficienţe de ordin psihoigienic ale modului de desfăşurare a procesului de învăţămînt şi, în parte, şi prin problematica aferentă căsătoririi unui număr mare de studenţi — confruntări cu părinţii, sarcinile şi responsabilităţile familiale, traversarea perioadei de acomodare la noul stil de viaţă în condiţiile tensiunii emoţionale ridicate datorită aspectelor semnalate.

Analiza factorilor de risc şi etiologici

Schema modului de grupare a factorilor

În vederea analizei etiologice, experienţa personală s-a concretizat în sistematizarea unora dintre cei mai reprezentativi factori implicaţi în pregătirea şi instalarea eşecurilor nevrotice. Dînd pe cît posibil denumiri definitorii fiecăruia şi categoriilor în care au fost incluşi (tabelul VI), am urmărit să subliniem atît complexitatea mozaicului factorial, cît şi a terenului şi experienţei proprii fiecăruia dintre pacienţii studiaţi, precum şi strînsa interdependenţă a acţiunii acestor factori biologici, psihologici, sociali şi universitari.

Analiza statistică a datelor

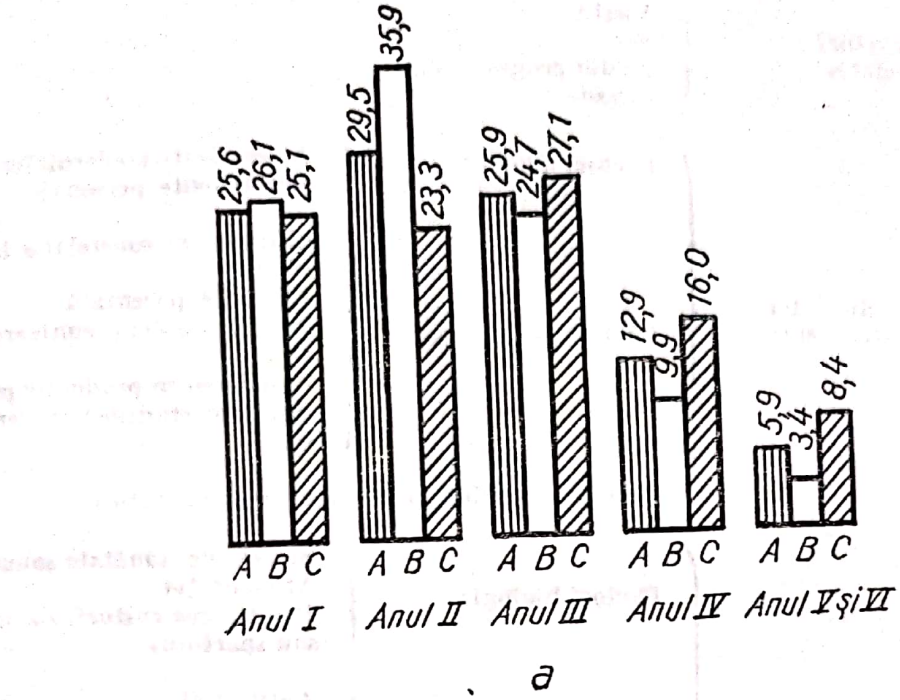
Prezentarea centralizată, în tabelul VII, a ponderei tuturor factorilor de risc şi etiologici luaţi în considerare îşi propune să facă posibilă şi efectua-

TABELUL V

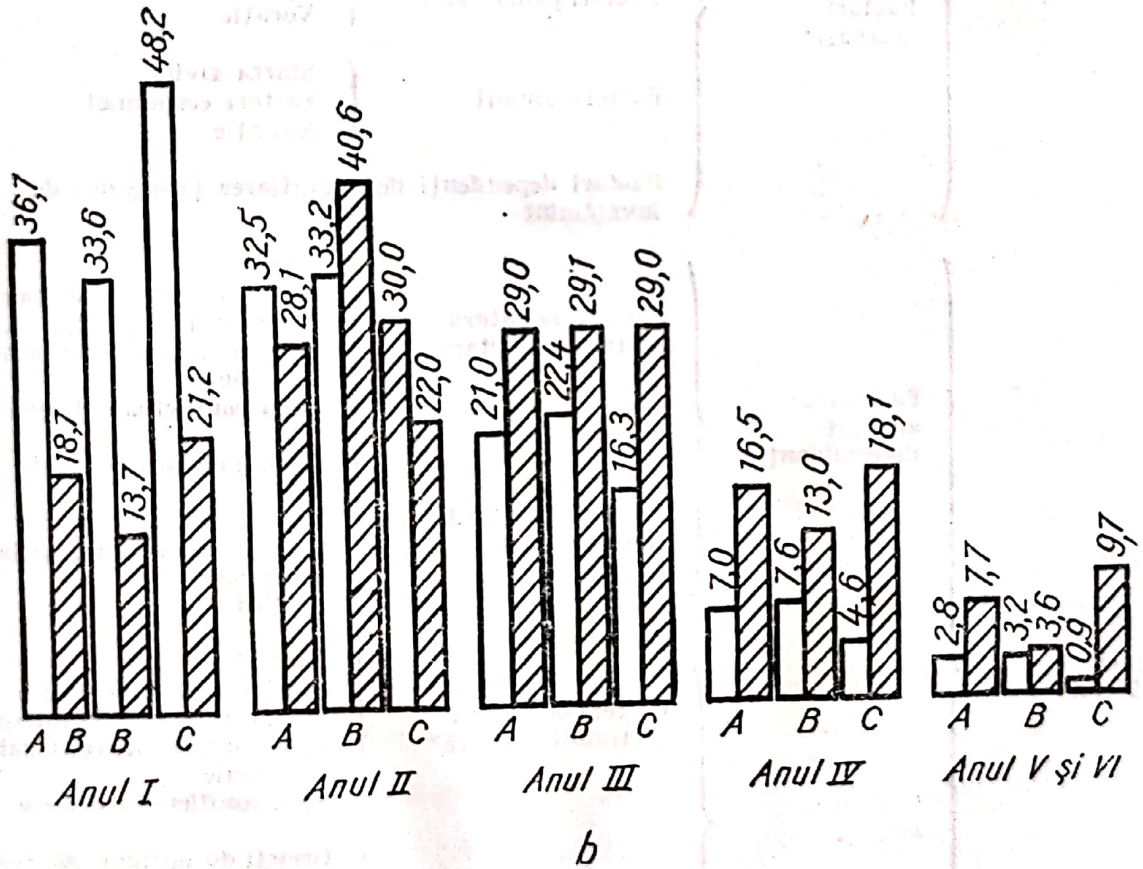
Distribuţia procentuală a pacienţilor în funcţie de anul de studii frecventat în momentul solicitării primei consultaţii de specialitate şi în raport cu momentul debutului nevrozei

	Anul de studii frecventat				
	I	*II*	*III*	*IV*	*V–VI*
ÎNTREGUL LOT STUDIAT					
Total	25,6	29,5	25,9	12,9	5,9
Nevroze constituite	26,1	35,9	24,7	9,9	3,4
Reacţii nevrotice	20,7	26,7	28,0	15,3	9,3
Sindroame de suprasolicitare	28,5	20,7	26,5	16,5	7,7
a) *Pacienţi suferind de afecţiunea nevrotică dinaintea admiterii în facultate*					
Total	36,7	32,5	21,0	7,0	2,8
Nevroze constituite	33,6	33,2	22,4	7,6	3,2
Reacţii nevrotice	50,0	28,3	17,4	4,3	—
Sindroame de suprasolicitare	46,8	31,3	15,7	4,7	1,6
b) *Pacienţi la care afecţiunea nevrotică s-a instalat după admiterea în facultate*					
Total	18,7	28,1	29,0	16,5	7,7
Nevroze constituite	13,7	40,6	29,1	13,0	3,6
Reacţii nevrotice	15,7	26,6	29,4	17,3	11,0
Sindroame de suprasolicitare	25,3	18,8	28,5	18,9	8,5

Scanned with OKEN Scanner



a



b

Fig. 5 — Distribuţia procentuală a pacienţilor în funcţie de anul de studii pe care îl frecventau în momentul solicitării primei consultaţii:

A — totalul pacienţilor; *B* — pacienţi la care dezadaptarea nevrotică se instalase anterior admiterii lor în facultate; *C* — pacienţi la care dezadaptarea s-a instalat după începerea studiilor universitare.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL VI

Gruparea factorilor de risc şi a factorilor etiologici ai dezadaptării nevrotice la student

- **Factori de risc**
  - **Factori relativi**
    - Vîrstă
    - Sex
    - Mediu geografic de origine
  - **Factori din antecedente**
    - **Factori biologici**
      - Antecedente eredocolaterale
      - Antecedente personale
    - **Factori psihosociali**
      - Climatul şi constelaţia familială
      - Educaţia parentală
      - Factori şcolari preuniversitari
      - Angajarea în producţie premergător studiilor universitare
    - **Factori constiiuţionali (teren psihosomatic)**
  - **Factori „actuali"**
    - **Factori biologici**
      - Starea de sănătate somatică
      - Alimentaţia
      - Practicarea culturii fizice sau sportului
    - **Factori psihologici**
      - Aptitudini
      - Vocaţie
    - **Factori sociali**
      - Starea civilă
      - Factori economici
      - Abitaţie
    - **Factori dependenţi de organizarea procesului de învăţămînt**
- **Factori etiologici**
  - **Factori aparent determinanţi**
    - **Factori de natură „extrauniversitară"**
      - Factori somatici
      - Stări conflictuale erotice
      - Stări conflictuale familiale
      - Stări conflictuale conjugale
      - Iatrogenie
      - Stări conflictuale diverse
    - **Factori de natură „universitară"**
      - Greşeli de opţiune profesională
      - Suprasolicitare
      - Eşecuri universitare (şi la examene)
      - Factori diverşi
  - **Factori sateliţi**
    - **Factori de natură „extrauniversitară"**
      - Factori somatici
      - Stări conflictuale erotice
      - Stări conflictuale familiale
      - Stări conflictuale conjugale
      - Iatrogenie
      - Stări conflictuale diverse
    - **Factori de natură „universitară"**
      - Greşeli de optiune profesională
      - Suprasolicitare
      - Eşecuri universitare (şi la examene)
      - Factori diverşi
  - **Constelaţii factoriale**
    - Etiologie exclusiv universitară
    - Etiologie exclusiv extrauniversitară
    - Etiologie mixtă

Scanned with OKEN Scanner

rea altor analize şi interpretări decît a celor abordate în prezentul volum.

Factori de risc

Factorii incluşi sub această denumire nu pot fi trecuţi cu vederea în cadrul unei analize etiologice a impasului adaptativ (168; Howells, 168; Bloch, Goldschmidt, Ziolko ş.a., 469), dată fiind semnificaţia lor în structurarea nucleului personalităţii, iar în cazul studentului, pentru cunoaşterea „zestrei" cu care tînărul păşeşte pe porţile facultăţii. I-am etichetat „de risc" şi nu „etiologici" pentru că participarea lor la instalarea impasului nevrotic este totdeauna incertă şi greu de demonstrat.

Factori relativi. Criteriul vîrstei dobîndeşte semnificaţii particulare în cazul studentului, mai ales al celui nevrotic. Diferenţierea tînărului de vîrstă universitară — între 19 şi 25 de ani — de cel care a depăşit deja această limită se impune din motive psihologice — nivelul maturizării — şi sociale — experienţa dobîndită de tînărul care a activat deja în producţie, sub presiunea directă a solicitărilor sociale.

În ceea ce priveşte sexul pacienţilor, semnificaţiilor somatopsihice proprii fiecărui sex, în cazul studentelor, li se adaugă problemele generate de graviditate şi maternitate, echivalente cu un plus de solicitare indusă de sarcinile familiale.

Mediul geografic de proveniență, conceput în toată complexitatea sa ecologică, socioculturală şi economică, poate furniza relaţii referitoare la amploarea efortului de adaptare la noutatea mediului de viaţă şi la exigenţa universitară, dar şi la implicaţiile posibile ale distanţei geografice de familie.

Vîrsta. Ritmul alert al industrializării şi politica adoptată de statul nostru după al doilea război mondial, vizînd creşterea accesibilităţii tinerilor, dornici să-şi ridice nivelul calificării, la studii superioare, explică numărul mare al studenţilor care, în perioada efectuării studiului nostru, depăşiseră limita celor 25 de ani.

Deşi cu o personalitate deja maturizată, unii dintre aceştia fac faţă mai greu exigenţei universitare. În primul rînd intervine diferenţa dintre mentalităţile lor şi acelea ale colegilor mai tineri, care-i pune într-o situaţie particulară faţă de membrii grupului. Maturi, cunoscători ai realităţii vieţii şi exigenţelor societăţii şi profesiei, mai sensibili la semnificaţiile profunde ale situaţiilor şi evenimentelor, ei conştientizează faptul că sînt într-un fel în centrul atenţiei grupului şi al cadrelor didactice. Aceasta impune ridicarea nivelului propriei exigenţe în special în planul acumulării de cunoştinţe, cu atît mai mult, cu cît intră în joc o mai mare nevoie de valorizare şi demnitatea lor. Dar această atitudine impune eforturi deosebite, atît din cauza concomitentelor solicitări familiale şi sociale cărora trebuie să le facă faţă — unii au deja copii şi se întreţin singuri —, cît şi din cauza pierderii antrenamentului necesar rapidei adaptări la stilul de muncă universitar — (fie trecerea mai multor ani de la absolvirea liceului, fie efectuarea studiilor liceale în condiţii ce favorizează apariţia unor lacune în cunoştinţele acumulate, ca în cazul cursurilor serale sau al formei fără frecvenţă). O cercetare personală anterioară, efectuată în perioada 1962—1964 (354) evidenţia că dintr-un lot de 200 de studenţi nevrotici, 29,5% depăşiseră vîrsta de 25 de ani, 31% erau căsătoriţi şi 72% fuseseră deja angajaţi în producţie. Şi în lotul care face obiectul prezentei cercetări, ponderea „vîrstnicilor" se ridică în grupa celor suferind de o nevroză constituită la 40,3%. În schimb, faptul că în grupa dezadaptărilor acute ponderea lor scade la 20,3%, reflectă plusul de maturitate cu care abordează munca universitară.

Sexul. În perioada corespunzătoare efectuării studiului de faţă, studentele reprezentau mai mult decît jumătate

Scanned with OKEN Scanner

dintre tinerii înscriși la facultăți „netehnice", în timp ce în institutul politehnic, spre exemplu, ponderea lor nu depășea 24%. Rezultă astfel că incidența dezadaptărilor acute la studente este proporțională cu reprezentarea lor în masa studențească, observație a cărei validitate este confirmată și de studiile efectuate în alt centru universitar din țara noastră de Viorica Stănculescu (417). În schimb, datele noastre nu concordă cu cele comunicate de Blazek, referitoare la studenții din Cehoslovacia, și nici cu cele privitoare la nevrotici de alte profesii și de altă vîrstă (29; 115; 174; 229; 353; 404).

Într-unul dintre studiile noastre anterioare (173) ponderea mai ridicată a fetelor dintr-un grup de studenți ce frecventau un institut cu profil tehnologic și unul cu profil agro-veterinar s-a dovedit a fi consecința neconcordanței dintre vocația lor și profilul facultății. Aceste studente, eșuînd la concursul de admitere în facultatea dorită, au susținut un al doilea concurs la o facultate cu o afluență scăzută de candidați la admitere. Astfel, 12 din cele 16 studente cu eșecuri adaptative, care frecventau facultatea de medicină veterinară, au recunoscut incapacitatea lor de a se adapta specificului veterinar, adevărata lor vocație fiind medicina umană.

Pe de altă parte, ponderea mare a studentelor în grupa reacțiilor nevrotice ilustrează pragul lor mai scăzut la *stress*. Harte crede că această sensibilitate particulară ar putea fi pusă pe seama educației anxiogene primite în familie, ca urmare a transformărilor suferite de cultura tradițională patriarhală (303). Într-adevăr uneori am observat reacții infranevrotice la studente generate de neconcordanța dintre tipul tradițional de educație primit în familie și comportamentele „nonconformiste" ale unora dintre colegele lor. Substratul îl constituie conflictul ce ia naștere între nevoia lor de integrare în grup, care presupune adoptarea unei atitudini străine de educația primită, și tendința de păstrare a mentalității proprii care implică refuzul adoptării unor modele, pentru ele șocante. Dacă adoptă aceste modele, tînăra poate să trăiască un sentiment de culpabilitate datorită infidelității sale față de investiția afectivă a părinților; dacă alege refuzul conformării la modelele „șocante", trăiește sentimentul de însingurare în grup, sentiment care se metamorfozează uneori într-un complex de inferioritate nedefinit și nu de puține ori ele sfîrșesc prin a resimți adversitatea grupului. În ambele situații, după o perioadă de frămîntări interne, care nu întîrzie să submineze economia învățării, considerîndu-se bolnavă, studenta apelează la medic; acuzele de care se plînge sînt frecventa apariție „fără motiv" a eritemului pudic, a unor crize de plîns, ameteli etc. Să subliniem că la considerarea unor astfel de fenomene fiziologice drept semne de îmbolnăvire contribuie și persistența opiniilor laice, conform cărora abstinența sexuală ar fi cauza nevrozei. Pe fondul extrem de scăzut al nivelului de informare sexologică a tineretului, este ușor de înțeles semnificația negativă a acestor opinii asupra studentei, deja complexată de conflictul menționat.

Dar, dincolo de aceste probleme, incidența mai ridicată a reacțiilor nevrotice la studente trebuie privită și prin prisma corelației dintre capacitatea lor de efort și fazele ciclului menstrual, cunoscut fiind caracterul ergotrop al fazei foliculinice, în opoziție cu cel trofotrop al fazei progesteronice. Pe de altă parte, particularitățile curbei de efort determinate de desfășurarea procesului de învățămînt, implicațiile variațiilor reactivității vegetative a studentei asupra psihismului său (10), tulburările funcționale gonadice induse de *stress*, cu deplasări ale ovulației, amenorei sau hipermenorei (Stieve, citat în 466), explică reactivitatea crescută a studentelor și puternica încărcătură afectivă a impasurilor lor adaptative.

Scanned with OKEN Scanner

Mediul geografic de proveniență. Conceput sub triplul său aspect, biopsiho-social, mediul participă la structurarea terenului somatopsihic al viitorului adult. Începînd cu o anumită tipologie somatică regională, cu morbiditatea caracteristică zonei geografice și terminînd cu mentalitățile regionale, induse de particularitățile socioculturale și economice, mediul geografic își pune amprenta pe totalitatea insului. Kluckhohn și Murray consideră că orice om prezintă un triplu aspect: I — seamănă cu toți ceilalți, există deci o natură umană; II — seamănă numai cu unii dintre oameni, are o personalitate de grup, etnică, de bază; III — nu seamănă cu nimeni, este o ființă unică (49). Or, eterogenitatea regională și etnică a colectivității studențești reprezintă, paralel cu un mediu prielnic unor schimburi transculturale, și o cauză a dificultății întîmpinată de unii dintre tineri în stabilirea relațiilor interpersonale mai profunde. Cît despre proaspeții studenți originari din afara centrului universitar, am observat uneori parcurgerea de către ei a etapelor descrise de Tyhurst (citat în 441) pentru individul „nou venit". Inițial apar preocupări însoțite de neliniște și de hiperactivitate psihomotorie, urmează etapa „sosirii psihologice", în care se instalează anxietate, depresiune, preocupări pe teme somatice, suspiciozitate, izolare de grup, adversitate și autoevaluare, pentru ca în a treia etapă să se producă fie adaptarea, fie o reacție dezadaptată. Inadaptarea se manifestă la unii prin amplificarea fenomenelor din etapa precedentă, putînd mima o reacție de intensitate psihotică. Deși extrem de rară la student, această eventualitate trebuie avută în vedere, deoarece efortul de adaptare la noul mediu se suprapune celui necesar adaptării la exigența universitară; ca urmare suferă nu numai performanțele la învățătură, ci și personalitatea în curs de definire. Iată de ce se afirmă că unele dintre abandonurile universitare, întîlnite la studenții din primii ani de studii, pot fi consecința incapacității de adaptare la noutatea mediului ecologic și mai ales social și nu reflectă în mod obligatoriu neconcordanța vocației și aptitudinilor cu profilul facultății și nici un stil de muncă necorespunzător.

În perioada efectuării prezentei cercetări, proporția studenților originari din afara centrului universitar era de cca 60%. În schimb, ponderea „provincialilor" printre studenții din lotul nostru este mai mare, în special în categoria celor cu dezadaptări acute, unde se ridică la 73,3%. În lotul studenților cu sindroame de suprasolicitare, faptul că tinerii proveniți din mediul rural ating o proporție de 41,5% pledează în favoarea unei posibile influențe a schimbării condiției lor sociale (404). În schimb, în grupa reacțiilor nevrotice se remarcă numărul crescut al tinerilor proveniți din alte orașe decît centrul universitar, în parte reflectînd și rezistența mai slabă a acestora la „tentațiile" metropolei în condițiile scăderii bruște a autorității parentale. Totuși, distanța geografică ce-l desparte pe student de mediul ecologic și sociocultural în care s-a dezvoltat își spune cuvîntul uneori și sub forma unui sentiment de însingurare și de izolare afectivă, mai evident în perioadele de vîrf ale activității sale sau în momentele de impas.

Studenții care locuiesc în continuare la părinți sînt de multe ori priviți cu neîncredere atunci cînd se plîng de tulburări nevrotice, pentru că se consideră, în mod nejustificat, că toți ar beneficia de condiții optime în familie, inclusiv de studiu, fiind scutiți de orice alte solicitări în afara celor școlare. Dacă înregistrează eșecuri la examene, sînt acuzați cu ușurință de lipsă de motivație și de perseverență la studiu, de viață dezordonată etc. Pentru a oferi posibilitatea unor aprecieri mai aproape de realitate, în tabelul VIII am inserat unele date referitoare la pacienții noștri originari din centrul universitar.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL VIII

Incidenţa procentuală a unor factori de risc la pacienţii originari din Centrul universitar Bucureşti care locuiesc împreună cu părinţii

	Nevroze constituite	*Reacţii nevrotice*	*Sindroame de suprasolicitare*
Proporţia studentelor	48,1	51,0	59,3
Pacienţi depăşind 25 de ani	31,3	12,0	17,5
Pacienţi căsătoriţi	23,8	12,0	20,9
Pacienţi din familii cu venituri mai ridicate	14,5	26,0	18,6
Pacienţi angajaţi în producţie înainte de începerea studiilor universitare	47,2	25,0	22,1
Pacienţi care au absolvit liceul la cursuri serale sau forma fără frecvenţă	14,5	6,0	3,5
Pacienţi cu opţiune profesională necorespunzătoare vocaţiei	30,0	40,0	24,4
Pacienţi cu activităţi extrauniversitare, destinate rotunjirii veniturilor personale	26,1	15,0	16,3

Datele statistice din tabelul VIII, referitoare la studenţii cu nevroze constituite, evidenţiază predominanţa etiologiei extrauniversitare — sarcini familiale şi sociale, stări conflictuale etc. —, ca şi prezenţa etiologiei şcolare — greşeli de opţiune profesională etc. În grupa reacţiilor nevrotice situaţia este similară, remarcîndu-se însă ponderea mai ridicată a tinerilor proveniţi din familii cu venituri mai mari — 26%. La aceştia s-ar putea incrimina o eventuală atitudine educaţională parentală cu tendinţe de hiperprotecţie, care favorizează instalarea unor reacţii de aspect nevrotic. În schimb, în grupa tinerilor cu sindroame de suprasolicitare există, în afara celor care au fost deja angajaţi în producţie şi la care readaptarea la un studiu intensiv poate crea dificultăţi, numeroşi alţii care, nesocotind aptitudinile şi vocaţia proprie, şi-au ales profilul de pregătire profesională în funcţie de „avantajele" scontate prin obţinerea diplomei respective. Odată admişi în facultate, unii dintre aceştia din urmă tind să muncească în asalt în ajunul sesiunilor de examene, învăţînd pentru promovarea examenului şi nu pentru a-şi satisface o trebuinţă intelectuală, de unde şi apariţia surmenajului.

Factori din antecedente. Deşi se ştie că pacientul relatează medicului numai ceea ce vrea şi ceea ce ştie, în funcţie de structura sa psihică, de nivelul său de cultură şi de intenţiile sale nu vom pune totuşi sub semnul întrebării exactitatea antecedentelor (162), pentru că acestea reprezintă repere importante pentru diagnosticul bolii şi al bolnavului, variabilului său individual, personalităţii sale; despre ultima Allport (citat în 402) scria că „... nu este nici exclusiv mintală, nici exclusiv neurală, organizarea impunînd acţiunea concomitentă a corpului şi a minţii, contopite inseparabil în unitatea personalităţii ...".

Factori biologici. Antecedente patologice eredocolaterale. În descrierea factorilor biologici am adoptat ipoteza contribuţiei factorilor genetici la structurarea sensibilităţii „constituţionale" a individului la îmbolnăviri somatice sau psihice (62). Dacă eredităţii i se atribuie un rol în apariţia psihozelor endogene, în stările la limită cu normalitatea şi mai ales în nevroze acest rol este negat, deşi unele studii efectuate pe cupluri de gemeni uni- sau bivitelini pledează în favoarea transmiterii genetice a unor tulburări ca enurezisul sau bîlbîiala (Nelson, citat în 112). Majoritatea autorilor recunosc însă că pentru instalarea nevrozei este necesară preexistenţa unui teren anumit, la a cărui contu-

Scanned with OKEN Scanner

rare ar contribui maladiile anergizante (Morel, citat în 18), antecedentele familiale nevrotice (112) şi anumite condiţii sociale şi de igienă (Morel). Eysenk (citat în 112) menţionează o „insuficienţă energetică generală" ce exprimă o adaptare senzorială mediocră, o rezistenţă scăzută la efortul standard etc. Aceste particularităţi nu predestinează, ci facilitează instalarea nevrozei (384). În consecinţă, sondarea antecedentelor eredocolaterale vizează identificarea factorilor de risc care ar fi putut contribui la fragilizarea terenului, dar şi influenţa pe care prezenţa unor persoane bolnave în anturajul său ar fi putut-o exercita asupra personalităţii copilului (292; 363; 384). Modelul reprezentat de aceste persoane poate induce „copierea" unor simptome de către copil, fenomen pe care l-am observat destul de frecvent. În sfîrşit, chiar în cazul existenţei în mediul familial a unor bolnavi cronici cu afecţiuni somatice, trebuie considerate cu atenţie repercusiunile asupra comportamentului bolnavului şi asupra situaţiei economice a familiei. În lucrarea de faţă antecedentele care îndeplinesc condiţiile specificate au fost etichetate ca „semnificative". Am reţinut categoriile: boli neurologice şi/sau psihiatrice, boli endocrine şi metabolice şi diverse boli „semnificative" — tuberculoza, luesul, bolile cardiovasculare, boala canceroasă etc.

Analizînd datele cuprinse în tabelul VII se observă încărcarea net superioară a antecedentelor bolnavilor de nevroze constituite — 63,5% — şi a celor cu reacţii nevrotice — 60% — comparativ cu aceea a studenţilor din lotul martor — 41%. Se poate presupune că atît cei cu o nevroză constituită, cît şi cei cu reacţii nevrotice ar dispune de un teren mai sensibil la acţiunea factorilor psihostressanţi, de unde şi posibilitatea transformării unora dintre reacţii în nevroze adevărate, dată fiind intervenţia reacţiei dezadaptate pe fondul unei personalităţi în curs de maturizare. În acest sens, Harris (168) afirmă că fiecare îmbolnăvire apărută la un adolescent poate provoca o regresiune emoţională.

Un alt aspect interesant este acela al incidenţei ridicate a antecedentelor neurologice şi psihiatrice în familiile studenţilor nevrotici — 41% la cei cu nevroza *vera* şi 29,3% la cei cu reacţii nevrotice —, aspect ce confirmă riscul la care sînt expuşi copiii care au în familie bolnavi psihici.

În sfîrşit, pacienţii cu sindroame de suprasolicitare se diferenţiază net de cele două categorii anterioare tocmai prin sărăcia unor astfel de antecedente.

Aşa cum reiese şi dintr-un studiu propriu mai vechi (173), maladiile cardiovasculare apar frecvent în antecedentele eredocolaterale ale studenţilor cu reacţii nevrotice — 25,7% —, sugerînd ipoteza unei predispoziţii genetice la descărcări excesive de catecolamine sub acţiunea stressului, fenomen semnalat şi de alţi autori (111; 154; 160; 237; 453).

Antecedente personale patologice. Aceste informaţii capătă semnificaţii particulare în cazul studentului, pentru că de multe ori în etapa studiilor universitare asistăm la evoluţia sau la sechelele unor boli instalate încă din liceu.

Cu toată relativitatea relatărilor pacienţilor, datele cuprinse în tabelul VII demonstrează că tinerii cu afecţiuni nevrotice sau infranevrotice au un trecut patologic mai încărcat decît cei din lotul martor, fenomen mai evident la cei cu nevroze constituite sau cu reacţii nevrotice. Precizăm că antecedentele personale patologice mai numeroase, observate la studenţii din lotul martor, proveniţi din facultăţi „netehnice", se explică prin dirijarea tinerilor cu boli sechelare sau cronice către acest tip de facultăţi, încă de la nivelul filtrului medical al admiterii.

Un aspect pe care statistica nu-l surprinde, dar care constituie un fapt de observaţie curentă, este acela al influen-

Scanned with OKEN Scanner

ţei prelungite exercitate asupra psihismului lor de unele boli din antecedentele îndepărtate, ca hepatita epidemică, un traumatism cranian minor etc. Consultînd medicul pentru fenomene tipice de surmenaj, adesea studentul evocă o hepatită epidemică sau altă afecţiune, considerată de laici ca foarte gravă, de care a suferit cu 10—15 ani în urmă, şi solicită cu insistenţă tot felul de investigaţii clinice şi paraclinice, evident neindicate. Explicaţia se găseşte de cele mai multe ori în atitudinea adoptată de părinţii acestor tineri, care au tendinţa de a exagera gravitatea tulburărilor apărute la copiii lor, de a-i purta de la un medic la altul, de a solicita mereu alte investigaţii clinice şi scutiri de programul de cultură fizică şi sport şi de a-i împiedica astfel să răspundă unei trebuinţe firești la vîrsta lor; în final ei „reuşesc" să le structureze o imagine deformată despre propria stare de sănătate. Scăpat din vedere, acest fenomen poate conduce la reacţii nevrotice durabile prin suprapunerea impactului iatrogeniei.

Analizînd antecedentele neurologice ale pacienţilor noştri — accidentele perinatale, traumatismele craniocerebrale, bolile infecţioase cu cointeresare meningoencefalică, poliomielita etc. —, se constată incidenţa lor de trei ori mai ridicată printre tinerii cu afecţiuni nevrotice — 17% — decît printre cei din lotul martor — 6% —, incidenţa maximă înregistrîndu-se la studenţii cu nevroze constituite: 23,8%. Faptul că unul din patru tineri nevrotici are în trecut comemorativele unei boli cu atingere encefalică reactualizează problema eventualei contribuţii a substratului microsechelar cerebral la crearea unui teren propice instalării nevrozei. Dealtfel, şcoala de psihiatrie de la Socola-Iaşi avansează ipoteza (49) conform căreia: „Factorii care acţionează negativ în timpul evoluţiei sarcinii... cei care acţionează în timpul naşterii... ca şi cauzele traumatice, toxice sau infecţioase, acute sau cronice, ce acţionează după naştere, influenţează comportamentul prin modificările pe care le determină asupra structurilor encefalice (hipotalamus, diencefal şi zona corticală) şi asupra legăturilor structurale şi funcţionale dintre aceste compartimente ale creierului...". Proporţia ridicată a acestor antecedente la pacienţii noştri, contrastînd cu aceea semnalată la loturi de nevrotici adulţi de alte profesii, se explică prin atenţia deosebită pe care am acordat-o acestor antecedente la tînăr.

Incidenţa mai mare a accidentelor perinatale identificate printre studenţii cu nevroze constituite — 5,7% — faţă de cea observată la cei cu dezadaptări acute — 1,5% — este menţionată şi de alţi autori (13; 356), în timp ce meningitele pe care A. Kreindler şi colab. (353) le-au găsit în antecedentele a 1% dintre nevrotici, au fost înregistrate de noi la 2,5% dintre studenţii nevrotici.

În ceea ce priveşte episoadele nevrotice din trecutul lor, pe care le-au relatat pacienţii, n-au fost înregistrate ca atare decît dacă existau argumente suficiente pentru susţinerea diagnosticului şi dacă fuseseră vindecate. Procedînd astfel s-a remarcat similitudinea incidenţei acestui tip de îmbolnăviri din antecedente la pacienţii cu nevroze constituite şi la cei cu reacţii dezadaptative acute — 12,3% şi, respectiv, 11% — fenomen explicat de nivelul la fel de scăzut al rezistenţei la *stress* a ambelor categorii de studenţi.

Bolile endocrinologice din antecedentele personale ale tinerilor noştri pacienţi nu depăşesc 3%, iar ponderea studenţilor nevrotici cu trăsături discrinice constituţionale atinge 15,7%, proporţii net inferioare celor menţionate de alţi autori (319). Avînd însă în vedere faptul că antecedentele patologice endocrinologice ale pacienţilor noştri se referă la etapa adolescenţei, marcată de modificări endocrine fiziologice majore, este posibil ca şi în cazul trăsăturilor discrinice identificate

Scanned with OKEN Scanner

clinic, datele noastre să fie superioare realităţii. Dealtfel, aşa cum precizează unii autori (282), fără examene de laborator corespunzătoare, diagnosticul endocrinopatiilor este pus sub semnul întrebării.

Hepatita epidemică apare în antecedentele pacienţilor noştri cu frecvenţa de 16%, similară celei semnalate de alţi autori (229; 319).

Credem că procentul de 7 la pacienţii noştri cu antecedente reumatice, se poate corela cu acela al infecţiilor O.R.L., care se ridică la 26,4%, fenomen ce repune în discuţie ipoteza participării alergiei infecţioase în mecanismele etiopatogenice ale nevrozelor vegetative (Haţieganu, 73).

Factori psihosociali. Informaţiile culese de la pacienţii noştri pe această temă au fost validate, în limita posibilităţilor, fie prin confruntarea declaraţiilor pe care ni le-au făcut în cadrul unor consultaţii repetate, fie cu ajutorul dialogului cu părinţii. Adoptînd poziţia altor autori (266), în pofida relativităţii acestor informaţii, le-am acordat credit, dat fiind că din punct de vedere psihologic este important să cunoşti modul în care tînărul a reflectat în psihismul său climatul familial şi tipul educaţiei parentale.

Climatul psihofamilial şi constelaţia familială. Numeroase cercetări subliniază importanţa acestor factori în structurarea personalităţii copilului. Astfel Piquery Jover constată că 76,3% din 10 334 de minori judecaţi pentru diferite infracţiuni proveneau dintr-un mediu familial viciat; O. Philippon identifică într-un lot de 18 376 de fete internate pentru manifestări antisociale şi delincvenţă: 22,3% tinere provenind din familii desmembrate, 18% orfane, 16% copii nelegitimi şi 15,5% cu etilici în familie; N. Galli, comparînd trecutul a 297 de minori delincvenţi cu cel al 170 de minori normali, constată că în timp ce numai 7,7% dintre primii proveneau dintr-un mediu familial normal, proporţia creştea la 75,2% în lotul normalilor, în schimb 42% dintre delincvenţi proveneau din familii dezmembrate, faţă de numai 5,8% dintre sănătoşi (toţi citaţi în 94). Dealtfel şi istoria ne furnizează două experimente de tristă amintire: sugarii crescuţi, din ordinul lui Frederic al II-lea, fără să li se vorbească şi fără mîngîiere, care au murit, şi copiii separaţi de mame în lagărele naziste, la care au apărut tulburări grave, alcătuind o entitate nosologică numită „quassiokor" (163), asemănătoare depresiunii anaclitice şi sociale a copiilor (61) şi sindromului copilului „bătut" (214).

Morath (292) afirmă că patrimoniul genetic se manifestă în comportamentul uman sub formă de tendinţe comportamentale, baza dezvoltării psihice şi echilibrul psihic depinzînd de interacţiunea mamă-copil. Acelaşi autor subliniază şi importanţa pe care o are pentru sociabilizarea copilului schimbarea repetată a persoanei de referinţă, care îngrijeşte copilul, dat fiind că deşi asimilarea de noi informaţii din mediul de viaţă este necesară dezvoltării şi procesului de maturizare, aceste informaţii au un rol pozitiv numai dacă există starea emoţională de bază corespunzătoare, pendinte de relaţia mamă-copil, şi impresii familiale cu care să fie comparate noile informaţii culese din mediu. Aceste aspecte dobîndesc o semnificaţie deosebită în condiţiile familiei nucleare din oraşul contemporan.

Menţionăm de asemenea că Alexander (citat în 112) înglobează în „patografia" individuală climatul familial, accidentele afective din copilăria insului, trăsăturile părinţilor şi ale adulţilor din anturajul copilului, elemente la care Margareta Ştefan (432) adaugă factorul uman-social, educaţia primită în familie şi la şcoală, influenţa străzii, cartierului şi oraşului, grupînd toţi aceşti factori în categoria celor psihosociali. Aceste puncte de vedere pot fi corelate cu importanţa crescîndă acordată de

Scanned with OKEN Scanner

psihiatria contemporană factorilor exogeni în determinismul stărilor la limită cu normalitatea şi chiar al unor psihoze (43; 46; 126; 164).

Completînd consideraţiile făcute în capitolul introductiv al acestei lucrări despre concepţiile moderne privind sociabilizarea copilului, menţionăm cîteva dintre ipotezele ce încearcă să explice corelaţia dintre climatul familial viciat şi configurarea unui teren predispus instalării nevrozei. Născut asocial (Steiner, citat de 360), copilul se sociabilizează progresiv prin învăţarea răspunsului la stimulii sociali — după Gray (citat de 248), primul zîmbet al copilului echivalează cu un prim răspuns social — şi prin controlul social reprezentat de interdicţii. Psihanaliza consideră că experienţa copilului, ce rezultă din modul pozitiv sau negativ, traumatizant, în care sînt percepute forţele de educaţie ale familiei şi ale mediului din copilărie ar avea un rol primordial în modelarea personalităţii. În schimb, teoria învăţării postulează că organismul copilului dispune de forţe intrinseci necesare creşterii şi dezvoltării, fiind suficientă acceptarea copilului de către părinţi şi acordarea îngrijirii corespunzătoare pentru ca acesta să devină un individ creativ şi sociabil (266). În cadrul ambelor teorii apar cîteva elemente esenţiale: acceptarea copilului, echivalentă cu a-l iubi, integritatea şi acurateţea morală a familiei, educaţia potrivită stimulării calităţilor înnăscute ale copilului. În cazul neîndeplinirii condiţiilor menţionate, copilul este expus riscului de a nu putea fixa însuşirile ce se învaţă de timpuriu (Miller şi Dollard, citaţi în 400), însuşiri ce se suprapun bagajului genetic constituit de fondul somatic constituţional (112; 296). N. Galli consideră familia ca pe un mediu educativ esenţial pentru dezvoltarea copilului, iar Makarenko subliniază rolul considerabil jucat de *modalitatea funcţională* a influenţei mediului familial în cadrul ciclului celor „şapte ani de acasă". Predominant mecanică, această modalitate funcţională operează asupra tuturor planurilor, înregistrîndu-se automat în psihismul copilului atitudini, conduite, mentalităţi, conflicte şi situaţii din viaţa curentă a familiei. Aceste modele sînt atrase spre fondul subliminar al conştiinţei şi, deşi ignorate, ele determină configurarea personalităţii. Mai tîrziu, în timpul copilăriei şcolare şi adolescenţei domină *modalitatea intenţională* care operează prin intervenţii explicite, deliberate şi asimilate conştient (94).

Datele noastre, cuprinse în tabelul VII, confirmă existenţa unei relaţii între gravitatea afecţiunii nevrotice şi gradul de poluare a mediului familial. Astfel, în timp ce în grupa pacienţilor cu nevroze constituite numai 34,8% dintre ei au beneficiat de un mediu familial favorabil, ponderea acestora creşte la 56,3% în grupa reacţii nevrotice şi la 62,2% în grupa sindroame de suprasolicitare. Datele menţionate sînt comparabile cu cele obţinute de V. Predescu şi colab. (349) în urma unui studiu efectuat recent în acelaşi centru universitar. Autorii citaţi constată că 40% din 165 de studenţi neurastenici avuseseră traume psihice în copilărie, dintre acestea disputele dintre părinţi fiind cele mai frecvente — la 38% dintre neurastenicii investigaţi.

În legătură cu orfanismul, P. Osterrieth (citat în 94), referindu-se la funcţiile părinţilor, atribuie tatălui rolul de modelator al conştiinţei morale a copilului, acesta fiind un mesager al universului extrafamilial şi un punct de referinţă pentru comportamentul copilului. Dispariţia ireversibilă a tatălui generează o criză de autoritate, copilul neputînd dobîndi încrederea în sine, necesară fixării obiectivelor şi mobilizării mijloacelor adecvate de acţiune. Într-o astfel de situaţie, reacţiile mamei pot exercita influenţe negative, fie prin „agăţarea" sa de copil — supravalorizare, răsfăţ, atribuirea unei părţi din rolul tatălui dispărut —, fie prin adoptarea unei atitudini de substituire

Scanned with OKEN Scanner

a autorității paterne (94). Rezultă deci că pierderea unuia sau ambilor părinți, prin deces, influențează defavorabil dezvoltarea copilului (112; 178; 303; 408; 458). Decesului tatălui i se atribuie instalarea unui sentiment de insecuritate mai ales în cazul băieților, care sînt astfel privați de modelul de identificare și de posibilitatea stabilirii de relații sociale (Gregory, citat de 61; Hill și Price, citați de 115; Lindsley, citat de 119; 266). Pierderea mamei este mai traumatizantă pentru copil (356), pentru că ei îi revine sarcina de modelare a emotivității și de formare intelectuală a copilului (Spitz, citat de 266). Gay și Tongue (citați de 356) consideră mai semnificativă moartea părintelui de sex opus, pentru copil, în timp ce alți autori (55; 162) neagă importanța acestui aspect. Hillgard (citat de 356) crede că singurul factor demn de luat în considerare este maturitatea părintelui rămas în viață. Pe de altă parte, unii cercetători situează momentul *pessim* al pierderii părintelui în jurul vîrstei de 5 ani a copilului, iar alții în perioada dezvoltării gîndirii abstracte, între 10 și 15 ani.

În lotul nostru ponderea orfanilor este de 11,3% printre nevrotici și de 8,5% printre normali, date inferioare celor din literatură (356). Mai interesantă ni s-a părut ponderea orfanilor printre tinerii cu sindroame de suprasolicitare — 11% —, pondere ce crește la 13,6% printre studentele cu fenomene de surmenaj și scade la 7,5% printre cele cu reacții nevrotice, diferență inexistentă la studenți. Aceste date sugerează atît solicitarea fetei în gospodărie, atunci cînd unul dintre părinți a decedat, cît și influența mai puternică a sentimentului de insecuritate generat de acest eveniment.

Și dezmembrarea familiei este considerată un factor de risc, întrucît îl privează pe copil de modelul parental indispensabil dezvoltării personalității (13; 49; 96; 112; 126; 247; 303; 462), cu atît mai mult, cu cît divorțul este adesea precedat de dispute între părinți (54; 162; 264). Alby (4) consideră că divorțul părinților ar frîna și maturizarea sexuală a copilului, favorizînd instalarea masturbației, iar Flavigny (120) și Fleck (126) implică divorțul în etiologia comportamentelor asociale ale copiilor și adolescenților. Alți autori semnalează ponderea ridicată a tinerilor proveniți din familii dezmembrate printre școlarii cu dezadaptări acute (438) și printre studenții cu eșecuri universitare grave (85). În schimb Spitz (citat în 112) nu acordă separației părinților nici o semnificație pentru dezvoltarea copilului, exceptînd cazul în care separația s-a produs înainte ca acesta să fi împlinit vîrsta de un an; Cattel (citat în 112) și Origlia (13) atribuie evenimentului o semnificație numai „de moment", iar Norel (43) respinge categoric „mitul" familiei dezmembrate în etiologia nevrozelor.

Datele noastre, inserate în tabelul VII, pledează în favoarea existenței unei corelații între acest fenomen — divorț și dispute între părinți — și gravitatea afecțiunii nevrotice. Însumînd proporțiile în care am identificat cele două fenomene în antecedentele pacienților noștri, constatăm că în timp ce printre cei suferind de sindroame de suprasolicitare incidența fenomenului este de 16,7%, în grupa „reacții nevrotice" crește la 23%, pentru a atinge maximul în grupa tinerilor cu nevroze constituite: 29,8%. Dacă luăm separat ponderea pacienților ce provin din familii dezmembrate, constatăm că aceasta atinge 9,8%, fiind inferioară celei semnalate de alți autori — Predescu și colab. (349) — 16%, iar Gebauer (469) — 14%. Merită amintită în legătură cu problema discutată și opinia lui Fleck (126), care susține că unele comportamente și particularități ale personalității tinerilor contemporani s-ar datora lipsei prelungite a mamei din sînul familiei din cauza angajării sale în producție, precum și aglomerării locu-

Scanned with OKEN Scanner

inţei, care-i obligă pe copii să asiste şi să participe la disputele dintre părinţi.

Pe de altă parte, analiza datelor noastre pare să demonstreze că, în timp ce decesul părinţilor afectează preponderent capacitatea de efort a tînărului, dezmembrarea familiei induce o coborîre a pragului nevrotic al adolescentului (229), fenomen mai evident în cazul fetelor.

În altă ordine de idei, studierea patografiei bolnavului nevrotic trebuie să ţină seama şi de constelaţia familială. Astfel, copilul unic, despre care se ştie că este expus riscului de a fi răsfăţat, fiind lipsit şi de şcoala de integrare socială reprezentată de grupul fraţilor şi surorilor, riscă să-şi construiască o personalitate dissimetrică (96). Din păcate nu am cuantificat incidenţa acestui fenomen în lotul pacienţilor noştri, dar semnalăm faptul că sondajul efectuat printre 875 de studenţi neselecţionaţi a arătat că 53% dintre ei erau copii unici la părinţi.

În sfîrşit, opinia unor cercetători care susţin, că dificultăţile social-economice cu care este confruntată familia în perioada dezvoltării copilului ar pregăti terenul pentru o adolescenţă nevrotică sau instabilă (46; 136; 162; 303; 360), pare să fie susţinută şi de datele noastre (tabelul VII). Astfel, în categoria tinerilor cu nevroze constituite, factorii economici, incluşi în rubrica „stressuri familiale diverse", ating frecvenţa de 37%, triplă faţă de aceea din cadrul lotului martor — 13% — şi aproape dublă faţă de aceea din grupa „dezadaptări acute" — 17,3%. Problemele şi dificultăţile social-economice ale familiilor din care fac parte pacienţii incluşi în prezenta cercetare sînt explicate de situaţia precară din timpul şi imediat după al doilea război mondial, perioadă în care s-au născut 40,3% dintre cei studiaţi. Tot aceasta ar putea fi şi una din cauzele pentru care dintre tinerii cu nevroze constituite 58,4% s-au îmbolnăvit înainte de intrarea lor în facultate.

Educaţia parentală. În timp ce Borel (43) se ridică împotriva conceptului „la modă" al carenţelor educative ca factor de facilitate al îmbolnăvirilor psihice, majoritatea autorilor insistă asupra importanţei tipului şi carenţelor educaţiei primite în structurarea personalităţii şi în pregătirea terenului pentru instalarea nevrozei (54; 94; 96; 131; 168; 266; 327; 374; 450).

În studiul nostru am urmărit numai trei aspecte ale problemei, şi anume: tendinţele hiperprotecţioniste şi excesul de severitate, paralel cu problema transferului educaţiei copiilor altor persoane.

După unele opinii (278; 435), tendinţa hiperprotecţionistă s-ar fi răspîndit ca o consecinţă a prelungirii copilăriei sociale a tinerilor din generaţiile contemporane. În această ordine de idei considerăm că şi condiţiile precare pe care părinţii le-au avut în timpul propriei adolescenţe — condiţiile războiului — au contribuit la atitudinea educaţională hiperprotectoare, pentru că orice părinte doreşte pentru copilul său o viaţă mai bună decît a avut-o el, ceea ce poate conduce la exagerări. Aceleaşi ar fi şi cauzele creşterii frecvenţei răspunsurilor nevrotice şi a instabilităţii psihice a adolescenţilor (40; 147; 162), manifestate prin ambivalenţă, lene, accese de furie, opoziţie, egoism şi hipertrofia autoaprecierii (112).

În opoziţie, educaţia excesiv de severă distorsionează personalitatea copilului (4; 40; 131; 356) întrucît rigiditatea, înmulţirea exagerată a interdicţiilor şi represiunilor determină comportamente pasiv-dependente, anxietate, tendinţe obsesive şi o agresivitate refulată (112). Intimidarea, umilirea copilului, complexele inhibitorii, frica, refulările, frustrările nejustificate, scrie Cornelia Dimitriu (94), apar ca fermenţi ai dezagregării personalităţii. Foarte des aceste greşeli de educaţie nu fac altceva decît să reproducă în copil, amplificîndu-le, distorsiunile şi nevroza educatorului; copiii îşi însuşesc preju-

Scanned with OKEN Scanner

decăţile părinţilor sub formă de obsesii, preocupările sub formă de fobii etc., fapt subliniat de numeroşi autori (168; 239; 374).

Copiii educaţi şi crescuţi de alte persoane decît de părinţii lor biologici — bunici, părinţi adoptivi, educatori din orfelinate etc. — sînt frustraţi de modelele parentale care reprezintă „sociogameţii culturali" ce nu pot fi substituiţi (126). Cercetări efectuate de Spitz, Levy, Hsii şi colab. (citaţi de 266) au demonstrat o scădere a inteligenţei (Q. I.) direct proporţională cu durata internării la copiii din progerii, explicabilă prin absenţa stimulilor senzorimotori adecvaţi, sinonim cu imaginea semnificativă a mamei.

Investigarea factorilor menţionaţi devine esenţială în cazul studentului nevrotic, pentru că maturizarea este inseparabilă de învăţare — conform conceptului învăţării elaborat de şcoala din Yale — Iowa —, ceea ce înseamnă că nivelul de maturizare şi tendinţele personalităţii, capacitatea de adaptare sînt rezultatul „exerciţiilor" efectuate în cadrul experienţei şi sub influenţa educaţiei primite de tînăr încă din copilărie. În concordanţă cu conceptul modern al formării personalităţii umane de-a lungul întregului ciclu al vieţii (221), studentul, aflîndu-se cu cei 20 de ani ai săi într-un moment în care curba dezvoltării intelectuale atinge asimptota (Bayley, citat de 266), cunoaşterea istoriei sale ne permite să-i înţelegem mai bine problemele, să diferenţiem patologicul de variantele normalului şi să orientăm în favoarea lui intervenţia noastră.

Analizînd datele statistice referitoare la lotul studiat (tabelul VII), reiese că în categoria nevroze constituite 9,4% dintre tineri fuseseră crescuţi în afara familiei biologice, în timp ce în grupa dezadaptări acute proporţia scade la 5,9%, diferenţă insuficientă pentru concluzii valabile. În schimb, în timp ce hiperprotecţionismul parental pare să pregătească terenul pentru dezadaptări acute, severitatea excesivă conduce la consecinţe mult mai grave, fapt demonstrat de incidenţa de două ori mai mare a fenomenului în grupa nevroze constituite — 5,3% — decît în categoria dezadaptări acute — 2,3%.

Factori şcolari preuniversitari. Lacunele pregătirii de bază a studentului pot data din şcoala elementară, moment în care copilul elaborează tehnici de compensare şi de mascare a lacunelor sale ce conduc la distorsionarea procesului de învăţare. Astfel, în locul unui „tot" coerent, se formează un mozaic de noţiuni, iar persistenţa tehnicilor inadecvate pînă în timpul studiilor universitare constituie o cauză de eşecuri, punctul de plecare pentru fobii, obsesii şi uneori chiar depersonalizare (Launey şi colab., 13). În studiul nostru, neputînd aborda aspectul menţionat, am urmărit modalitatea în care pacienţii au absolvit studiile liceale. Am pornit de la premisa conform căreia efectuarea studiilor la forma serală sau fără frecvenţă poate genera o scădere a nivelului pregătirii de bază, în temeiul faptului că frecventarea cursurilor serale paralel cu munca în producţie reprezintă o condiţie favorabilă suprasolicitării, iar pregătirea individuală, fără sprijinul cadrelor didactice, poate masca lacune. În lotul nostru ponderea absolvenţilor liceului seral sau fără frecvenţă este de 5,6% în grupa reacţii nevrotice, 10,9% în grupa sindroame de suprasolicitare (16,6% printre cei din facultăţi cu profil tehnic şi numai 7,6% printre ceilalţi din facultăţi netehnice) şi 19,7% în grupa nevroze constituite. Este evidentă corelaţia: pregătire de bază deficitară-surmenaj.

Munca retribuită în producţie, efectuată înaintea începerii studiilor universitare. Simplul fapt că un tînăr a fost angajat în producţie înainte de admiterea sa în facultate echivalează cu un plus de maturitate dobîndit sub presiunea mediului social. Dar, plus de ma-

Scanned with OKEN Scanner

turitate înseamnă concomitent creşterea adaptabilităţii şi majorarea simţului responsabilităţii. În cadrul activităţii sale universitare, conştient de implicaţiile unui eventual eşec, precum şi de faptul că trebuie să-şi onoreze rolul de model de identificare pentru colegii săi mai tineri, a căror atenţie este îndreptată asupra lui, el simte din plin responsabilitatea ce-i revine. Pe de altă parte, evenimentele din mediul său social şi familial dobîndesc o mai mare rezonanţă în psihismul său, tocmai datorită maturităţii cu care le estimează, ceea ce-i poate submina puterea de concentrare a atenţiei asupra materialului studiat. Cînd constată instalarea hipoprosexiei şi scăderea eficienţei muncii sale, el creşte automat numărul orelor de studiu individual şi, dacă şi aşa se vede în continuare depăşit, este tentat să abandoneze studiile, convins că „vîrsta" îl face inapt de a mai învăţa. Adăugînd şi solicitările din cadrul familiei, lipsa de continuitate a studiilor, pregătirea de bază la un nivel perimat prin trecerea anilor etc., devin de înţeles dificultăţile pe care le poate întîmpina.

Faptul că în lotul cercetat ponderea celor proveniţi din producţie se ridică la 45,9% (în grupa nevroze constituite 57,7%, în grupa reacţii nevrotice 27% şi în grupa sindroame de suprasolicitare 39,3%) caracterizează etapa de intensă industrializare pe care o traversa ţara noastră în perioada efectuării acestui studiu.

Factori constituţionali. Terenul somatopsihic. Constituţia întruneşte, alături de aspectele morfologice, fiziologice şi psihologice relativ fixe, determinate preponderent genetic (134), elemente care se pot modifica sub acţiunea factorilor de mediu. Aceste două componente participă împreună la configurarea terenului individului, teren pe care Kreindler (228) îl defineşte ca suma eredităţii şi a educaţiei, la care Beucher (35) adaugă contribuţia experienţei somatice şi psihice acumulată în copilărie.

Una dintre laturile problemei constituţiei este legată de încercările efectuate încă înaintea lui Hipocrate, în scopul grupării indivizilor în tipuri umane, pe baza corelării aspectului morfologic cu trăsăturile psihologice. Tentativele au eşuat atîta vreme cît s-au folosit ca metode de studiu intuiţia şi măsurătorile antropometrice. În 1920, Sante Nacrati introduce primul măsurătorile psihometrice şi calculul coeficientului de corelaţie, pentru ca abia în 1972 W. Sheldon şi colab. (402) să descifreze, cu ajutorul unor metode riguros ştiinţifice, cele trei variabile determinate genetic ale constituţiei — variabilele endo-, ecto- şi mezodermală. Imaginînd o scală de la 1 la 7, aceşti autori notează cu cifre de la 1 la 7 dimensiunile fiecăreia dintre cele trei variabile. Cele trei cifre rezultate, puse alăturat, dau un număr care defineşte constituţia individului. Aplicînd acest tip de măsurători la loturi mari şi prelucrînd statistic datele, autorii reuşesc să demonstreze intimitatea relaţiilor dintre organic şi funcţionalitatea personalităţii. Ei definesc personalitatea ca „... organizarea dinamică a aspectelor cognitive, afective, conative, fiziologice şi morfologice ale individului" (402).

Odată cu apariţia conceptului modern al adaptării, aspectele semnalate au dobîndit o importanţă crescîndă, datorită faptului că schema clasică a interrelaţiilor individului cu mediul sau cu o situaţie (stimul→răspuns) a fost înlocuită cu o nouă schemă care interpune între cei doi termeni variabila intermediară „O" (organism) şi „P" (personalitate), variabilă care reprezintă de fapt constituţia (122). În această ordine de idei, T. Vlad şi C. Vlad (450), autorii conceptului celor trei niveluri de activitate psihică — neuropsihic elementar, energetico-pulsional şi de elaborare conştientă —, revizuind formula clasică a răspunsului comportamental a lui P. Fraisse [$R=f(S \leftrightarrows P)$] şi formula de evaluare a personalităţii propusă de R. B. Cattel, ajung la o formulă de-

Scanned with OKEN Scanner

rivată din ultima, căreia îi adaugă manifestările celor trei niveluri de activitate menţionate sub denumirea de condiţii: actuală, de fond şi de funcţionalitate. Condiţia de fond, care cuprinde factori înnăscuţi şi cîştigaţi, deci elementul constituţional-genetic, la care se adaugă structura personalităţii, rezultat al acumulărilor în timp ale influenţelor dinafară, ar reprezenta fondul pe care se înscriu răspunsurile comportamentale, deşi orice aptitudine implică toate cele trei niveluri citate.

În ceea ce priveşte configurarea terenului susceptibil să faciliteze instalarea nevrozei, Esquirol (citat de 18) menţionează rolul „teroarei angoaselor spirituale şi suferinţelor morale" suprapuse impresiilor din prima copilărie. Baruk (18) acuză procesul de „alergizare" psihică provocat de evenimentele psihotraumatizante din copilărie — neînţelegerile şi divorţul părinţilor, răsturnările sociale care afectează familia, rupturile afective ale copilului etc. —, evenimente care sensibilizează psihicul copilului. Dar acest proces poate interveni şi mai tîrziu, deosebirea constînd în faptul că în timp ce la copil induce modificări durabile ale psihismului, la adult efectele pot dispărea odată cu „alergenul" care le-a declanşat. Sager explică substratul neurofiziologic al fenomenului de alergizare psihică (379), prin încărcătura afectivă pe care o dobîndeşte un stimul, iniţial indiferent, prin stimularea repetată a formaţiei reticulate.

Denumirile date terenului favorabil instalării nevrozei diferă de la autor la autor: „tulburări ale emotivităţii" (Morel), „stare constituţională" (Dupré, Delmas), „caracter nevrotic" (şcoala psihanalitică), „constituţie ereditară" (Alexander), „condiţionare nevrotică" (Pavlov), „factori temperamentali" [Belciugăţeanu şi colab. (29)], „constituţie şi predispoziţie" (Kielholz), „predispoziţie emoţională" (Guillon), „personalitate premorbidă vulnerabilă la *stress*" (Roth), „prag nevrotic" (Kreindler), „condiţie constituţională" (Barahona Fernandes), „condiţie internă" (Floru), „structuri subiective elaborate" (Golu, Dicu) etc.

Datele referitoare la factorii constituţionali prezenţi la pacienţii studiaţi (tabelul VII), deşi se bazează numai pe intuiţie şi examenul clinic, pot fi considerate suficient de evocatoare atîta vreme cît incertitudinile şi contradicţiile ce domină caracterul şi adaptabilitatea tînărului fac dificilă identificarea constituţiei psihice chiar dacă se folosesc metodele psihometrice (239). În schimb, pentru descifrarea constituţiei endocrine există şi criterii clinice obiective (282), ce pot să scadă coeficientul de eroare. În orice caz pentru a sublinia caracterul pur orientativ al datelor am folosit calificativul de „particulare" pentru trăsăturile constituţionale şi, respectiv, de „elemente" constituţionale discrinice.

În lotul studiat, prezenţa unor trăsături psihice particulare, identificată la 31,6% dintre pacienţii cu nevroză constituită, concordă cu datele altor autori, care situează incidenţa fenomenului între 30% (6) şi 70% (Urechea citat de 320). Pe de altă parte, ponderea mai mare a celor cu astfel de trăsături printre tinerii cu dezadaptări acute care frecventează facultăţi cu profil tehnic, comparativ cu cei proveniţi din institute netehnice — 11,6% şi respectiv 4,9% —, ar putea fi interpretată ca o reflectare a influenţei structurii psihice asupra opţiunii profesionale, influenţă semnalată şi de alţi autori (Lungerhausen, 469; 413; 420; 433).

Faptul că proporţia studenţilor cu trăsături discrinice ale constituţiei nu diferă semnificativ în lotul nevroticilor — 15,7% — faţă de lotul martor — 15% — nu este suficient pentru a nega contribuţia discriniilor la pregătirea terenului propice instalării nevrozelor. Astfel, în cazul de faţă se observă o frecvenţă mai ridicată a elementelor discrinice constituţionale la pacienţii proveniţi din institutele netehnice — 18,2% — faţă de cei din institutele

Scanned with OKEN Scanner

tehnice — 11,8% —, dar diferența semnalată provine din ponderea superioară a studentelor printre pacienții din prima categorie. Or, este știut că labilitatea endocrină a femeii este net mai accentuată comparativ cu aceea a bărbatului. Dar tocmai datorită acestei labilități, puternic influențată de condițiile stressante ale activității studentului, nu este exclusă confuzia între elementul constituțional și amprenta situațională.

Factori actuali. *Factori biologici.* Starea de sănătate somatică. Orice îmbolnăvire atrage după sine concomitent cu scăderea rezistenței generale, și un coeficient variabil de psihogenie, ceea ce echivalează cu o sensibilizare la acțiunea factorilor psihostresanți. Practic, este greu de diferențiat contribuția diminuării capacității energetice a organismului de aceea a psihogeniei, pentru că suferința fizică se reflectă mai ales în zona sensibilității afective, în atitudini, comportamente și în eficiența muncii intelectuale (49). Dacă ne referim, spre exemplu, la traumatismele craniocerebrale minore însoțite de manifestări neurasteniforme, tulburările dispar la 80% dintre accidentați în două săptămîni (11); prelungirea fenomenelor presupune fie preexistența unei nevroze (301), fie coexistența unor factori de ordin social, întreținuți iatrogen (300). Nici diferențierea dezadaptării nevrotice de sindromul neurasteniform al bolnavilor somatici nu este mai ușoară din cauza dificultății stabilirii adevăratei succesiuni în timp a celor două fenomene, cu atît mai mult cu cît evoluția subclinică a debutului unor boli organice sau o eventuală coincidență cu un eveniment psihotraumatizant îl poate induce în eroare și pe pacient, și pe medic. Un exemplu edificator îl constituie stările gripale în care neurotropismul virusului gripal (92; 256) poate face ca unele tulburări nevrotice apărute în convalescență să fie considerate expresia anergizării organismului, după cum se pot întîlni și interpretări eronate în sens invers. Prima variantă pare să fie mai frecventă din cauza tendinței medicilor de a subestima semnificația evenimentelor și a situațiilor psihotraumatizante, deși există dovezi concludente ale impactului lor asupra funcționării organismului, cum ar fi creșterea schimburilor ionice și a metabolismelor celulare determinate de modificarea permeabilității membranei neuronale sub acțiunea factorilor psihotraumatizanți (66; 120; 126); există, de asemenea, dovezi experimentale ca inducerea prin hipnoză a unor disfuncții biochimice (Wittkower citat în 126). Așa fiind, se pare că este de preferat de multe ori să se considere coexistența unei maladii organice cu nevroza ca o coincidență, decît să se încerce a se stabili care dintre ele a precedat — atitudine adoptată de mulți autori (10; 92; 155; 228; 256; 301; 317) — mai ales că, practic, tratamentul trebuie să vizeze ambele categorii de simptome. Urmărirea evoluției tulburărilor în timp poate facilita un diagnostic de certitudine.

Deși pentru a evita confuziile nu au fost incluse în lotul cercetat sindroamele neurasteniforme pe fond somatic, datele din tabelul VII consemnează prezența unor afecțiuni somatice la 72,3% dintre studenții care suferă de nevroză constituită și la 58,3% dintre cei cu dezadaptări acute, proporții ce depășesc mult datele altor autori — 30% (229), 50% (29). Explicația acestor diferențe rezidă în următoarele aspecte particulare populației studențești:

— accesibilitatea crescută la asistența medicală;

— adresabilitatea foarte ridicată datorită influențelor nefaste ale oricărei îmbolnăviri asupra economiei învățăturii și datorită condițiilor de viață — locuind în cămine, studenții nu se pot îngriji singuri chiar în cazul unor afecțiuni banale;

— „zestrea" patologică cu care vin din perioada anterioară, a studiilor liceale.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, structura morbidității ce coexistă cu tulburările nevrotice la pacienții studiați înglobează: vicii de refracție oculară — 26,7%, tulburări discrinice — în majoritate hiperfoliculinemii relative, întreținute de creșterile periodice ale tensiunii emoționale — 25,7%, boli O.R.L. — în special focare amigdaliene — 18,3%, boli digestive — 13,1%.

Alimentația. Proporția studenților din Centrul universitar București care mănîncă la cantinele studențești este de cca 45%, în timp ce ponderea nevroticilor care iau masa în aceleași condiții este de 54,1%, proporție ce crește la 61,7% printre tinerii din grupa sindroame de suprasolicitare.

Cercetările efectuate în cantinele noastre studențești arată că rațiile oferite depășesc nevoile energetice cu cca 20%, respectîndu-se raportul dintre principii alimentari și că deficiența aportului de vitamină B și C este nesemnificativă, această situație fiind valabilă și pentru cantinele studențești din alte țări (72; 260; 389). În orice caz, faptul că printre studenții care au prezentat sindroame de suprasolicitare, ponderea celor care mănîncă la cantine este ceva mai ridicată decît la restul nevroticilor nu poate fi corelat în nici un caz cu relativa insuficiență a aportului vitaminic, dat fiind că perturbările biochimice induse de scăderea moderată a aportului de vitamină C sînt nesemnificative și acestea nu se traduc cîtuși de puțin printr-o simptomatologie clinică (389). Corelația posibilă dintre alimentația la cantină și apariția unei dezadaptări acute nu constă nici în valoarea și nici în alcătuirea rației, ci în lipsa de ritmicitate a meselor. Astfel, dacă unii dintre studenți, neadaptîndu-se la modul de preparare a alimentelor la cantină, diferit de cel din familie, preferă alimentele reci, alții renunță la una sau mai multe mese, constrînși fie de distanțele mari dintre cămin sau sălile de curs și cantină — pînă la 4 km zilnic pentru unii (354), fie de orare supraîncărcate, fie de prelungirea somnului de dimineață, indus de studiul individual efectuat pînă la ore tîrzii.

Lipsa de ritmicitate a alimentației contribuie la instalarea surmenajului prin hipoglicemia alimentară pe care o provoacă, factor care împreună cu preferința pentru alimente reci, mîncatul pe fugă, fumatul abuziv și consumul excesiv de cafea (354), precum și cu nivelul ridicat al tensiunii emoționale ce le domină activitatea, alcătuiesc mozaicul factorilor determinanți ai majorității îmbolnăvirilor digestive. Instalarea unei maladii a tractului digestiv influențează, la rîndul ei, atît starea de confort somatic și rezistența organismului, cît și psihismul celui în cauză, asigurînd circularitatea mecanismelor de întreținere și de agravare a surmenajului.

Consumul abuziv de cafea, mult mai frecvent întîlnit decît apare în datele din tabelul VII, este un factor de risc ce pare să caracterizeze nu numai pe studenți, ci și marea majoritate a intelectualilor contemporani. Acest obicei dobîndește uneori un caracter compulsiv, iar instalarea tulburărilor toxice neurovegetative și tensionarea psihică scad eficiența studiului individual. Ajungînd să supraevalueze riscul de eșec, alertat de lipsa de randament a activității sale, studentul se autodiscreditează și astfel oboseala banală se transformă într-un sindrom de suprasolicitare.

Ca și în cazul excesului de cafea, proporția fumătorilor ce depășesc 20 de țigări/zi — 17,4% în lotul nostru — este cu mult inferioară realității. Studii care abordează această problemă, evaluează ponderea fumătorilor între 31% (109) și 44% (51) printre studenți și 47% printre bărbații cu alte profesii (146). În 1975 O.M.S. constată că în țările industrializate, bolile care au legătură cu fumatul au dobîndit o asemenea importanță, încît măsurile care ar reuși să reducă consumul de țigări ar contribui mai mult decît orice altă acțiune de medicină preventivă la creșterea speranței de viață și a sănătății

Scanned with OKEN Scanner

generale a populației. Kunze (236) consideră în legătură cu această problemă că, dată fiind importanța superioară a factorilor psihologici și sociali, față de cei farmacologici, studierea lor ar merita să fie luată în serios.

Din cercetarea noastră reiese că procentul cel mai ridicat de fumători se înregistrează printre tinerii cu reacții nevrotice proveniți din facultăți cu profil tehnic — 26 —. Acest fenomen ne face să credem că fumatul dobîndește un caracter compulsiv în cazul incapacității de a face față solicitărilor, ceea ce se întîmplă în facultățile cu profil tehnic, unde absența aptitudinilor corespunzătoare nu poate fi suplinită prin majorarea efortului. În acest sens pledează și studiul efectuat de Eraclide pe un lot de studenți repetenți ce proveneau dintr-un institut politehnic (109), studiu ce evidențiază prezența fumatului excesiv la 44,7% dintre ei. Merită de asemenea menționate studiile întreprinse de Malleson pe 16% dintre tinerii admiși în 1952 în facultățile londoneze, care i-au permis autorului să identifice fumatul excesiv printre factorii etiologici ai reacțiilor psihologice și emoționale (467).

Deși consumul de băuturi alcoolice este considerat de unii autori o „modă" (303), studiul nostru arată că acest fenomen este prezent la numai 10% dintre cei cu nevroze constituite, proporție în mod cert sub realități, studentul negînd acest obicei din motive ușor de înțeles.

În sfîrșit, trebuie subliniat cu maximă satisfacție faptul că legislația din țara noastră face imposibilă consumarea drogurilor. Singurul fenomen negativ de acest fel observat înainte de 1971 a fost utilizarea derivaților fenmetrazinei, cu scopul de a realiza o psihostimulare, de către unele studente care-l folosiseră inițial ca inhibitor al apetitului. Astfel, am avut prilejul să urmărim evoluția a 2—3 cazuri în care s-a instalat un sindrom schizofreniform cu o astfel de etiologie (302). După 1971 această eventualitate a fost exclusă prin includerea fenmetrazinei pe lista substanțelor ce se eliberează numai pe rețete speciale.

Practicarea culturii fizice sau sportului. Sedentarismul, considerat unul dintre factorii de risc ai vieții contemporane (38), este implicat de mulți autori în pregătirea terenului pentru instalarea unor tulburări nevrotice, bineînțeles în combinație cu alți factori de risc (7; 31; 68; 303; 309; 354). În schimb antrenamentul fizic rațional și sistematic crește capacitatea de adaptare a individului la mediul ecologic și social, corectează disarmoniile somatice ale tinerilor (31), previne instalarea bolilor cardiovasculare prin scăderea colesterolemiei și frînarea proliferării adipocitelor tisulare (38), diminuînd nivelul metaboliților de *stress* (429). Deși arhicunoscute, binefacerile culturii fizice sistematice și ale sportului nu sînt exploatate de toți studenții, cu toate că în mod firesc jocul sportiv echivalează cu o trebuință asemănătoare trebuinței de joacă din copilărie. De-a lungul anilor am observat că mulți dintre cei care în primii ani de liceu practică jocurile sportive, întrerup progresiv această activitate în ultimele clase, mai ales sub presiunea părinților care-i obligă să-și sporească numărul orelor de studiu individual în vederea pregătirii pentru concursul de admitere în facultate. În plus, la mulți părinți mai persistă încă mentalitatea că activitatea sportivă echivalează cu pierderea unui timp prețios, idee pe care o adoptă și unele dintre cadrele didactice, astfel încît elevii care practică un sport se văd de-a dreptul stigmatizați. Asemenea părinți recurg și la diverse strategii pentru a obține scutirea, mai ales medicală, chiar și de orele de cultură fizică prevăzute în programa analitică. Aceștia sînt cei care preferă să administreze tinerilor vitamine și psihotonice alese în funcție de modă. În sfîrșit, reținuți de părinți, intens solicitați de sarcinile școlare, ti-

Scanned with OKEN Scanner

nerii cedează cu uşurinţă tentaţiilor micului ecran.

Sondajele efectuate printre elevi şi studenţi au arătat că numai 24% dintre studenţi şi 14% dintre studente practică vreo formă de cultură fizică (109), că în preajma sesiunilor de examene 77% dintre băieţi şi 82% dintre fete obosesc la cel mai mic efort fizic (51) şi că studenţii din anii IV şi V au o capacitate de efort mult inferioară elevilor ultimei clase de liceu (440). Această situaţie înglobează mai multe aspecte. Tinerii, care nici în liceu n-au practicat cultura fizică, îşi văd depăşită capacitatea de efort în cadrul programului efectuat obligatoriu în primii doi ani de facultate, motiv serios de a se sustrage. La ceilalţi, care au practicat sportul, unii chiar competiţional sau de performanţă, apare tendinţa de a se sustrage de la acest program sub presiunea volumului mare de muncă şi orarelor încărcate, cu atît mai mult, cu cît în primul an intervin dificultăţi de adaptare la stilul de muncă universitar şi un consum mai mare de timp pentru pregătirea seminariilor şi a temelor pentru acasă din cauza metodelor de lucru necorespunzătoare ca randament în momentul trecerii de la învăţarea receptivă la cea selectivă, specifică exigenţelor universitare. Aceştia din urmă constată adesea, la scurt timp după începerea studiilor universitare, prezenţa unor tulburări vegetative care-i determină să apeleze la medic; în prim plan se situează tulburările neurocirculatorii, o stare de oboseală nejustificată, cefalee, perturbarea somnului, nelinişte psihomotorie, scăderea capacităţii de efort fizic şi diminuarea eficienţei studiului individual etc., conturîndu-se un tablou clinic aparent neurastenic. În realitate este vorba de fenomene asemănătoare celor instalate în momentul retragerii definitive din activitate a sportivului de performanţă, motiv pentru care l-am putea numi *„sindromul de sevraj al fostului sportiv"*. Dealtfel încă din 1964 Kraus şi Raab (citaţi de 165) au înglobat toate tulburările funcţionale a căror apariţie este favorizată de absenţa mişcării într-o categorie denumită „hipokinetoze".

Conştientizarea prăbuşirii capacităţii de efort comparativ cu trecutul său apropiat, apariţia palpitaţiilor şi a dispneei provocată de cel mai mic efort, îl determină pe tînărul care cu un an în urmă alerga ore în şir pe terenul de sport fără să obosească, să devină neliniştit. Astenia nejustificată, ameţelile la trecerea din decubit în ortostatism, cefaleea pulsatilă, transpiraţiile profuze şi mai ales palpitaţiile, tahicardia şi durerile precordiale pe care le constată, îi creează o stare de alertă mergînd pînă la o adevărată cardiopatofobie. La examenul clinic se constată o mare labilitate neurocirculatorie, de obicei cu hiperpiezie la trecerea bruscă în ortostatism, tahicardie, tahiaritmii respiratorii, acrohiperhidroză etc. şi o stare de panică manifestată prin felul în care pacientul urmăreşte fiecare gest sau cuvînt şi mimica medicului în timpul consultaţiei. Dacă tînărul a mai trecut prin cabinetul unui medic nefamiliarizat cu ubicuitatea şi benignitatea labilităţii vegetative a studentului, tînărul vine deja înarmat cu o reţetă destul de încărcată, cu un diagnostic ca hipertensiune arterială esenţială, tahicardie paroxistică, hipertiroidie etc. şi cu recomandarea unui regim alimentar şi a evitării efortului fizic. Aceasta este o importantă sursă de iatrogenie cu consecinţe grave dacă intervine pe un psihism incomplet maturizat şi cu tendinţe obsesive. Experienţa a demonstrat că singurul remediu infailibil al tulburărilor menţionate constă din reluarea unui program zilnic de cultură fizică, raţional alcătuit, concomitent cu respectarea normelor elementare de psihoigienă.

Al doilea aspect al problemei vizează modul actual de organizare a activităţii de cultură fizică şi sport la studenţi. În primul rînd menţionăm fap-

Scanned with OKEN Scanner

tul că, în timp ce în alte țări — în Cehoslovacia spre exemplu, — cultura fizică figurează în programa tuturor anilor de studii universitari, în țara noastră se limitează la anii I și II. Dar, așa cum remarca și Vera Valeriu (354), conținutul acestor ore atinge un nivel de dificultate ce depășește gradul de antrenament și capacitatea de efort a multora dintre studenți, cu atît mai mult, cu cît în restul săptămînii numai 35% dintre ei practică sistematic cultura fizică sau sportul. Există și un alt factor cu implicații nefavorabile, și anume nota ce se acordă la finele anului universitar, în funcție de realizarea unor performanțe incompatibile cu posibilitățile reale ale multor tineri. Deși măsura vizează stimularea motivației studentului pentru practicarea culturii fizice, această notă intrînd în calculul mediei anuale, este ușor de înțeles că rolul său stimulator se transformă într-un motiv în plus de sustragere de la această activitate atît de utilă.

În datele tabelului VII se observă că incidența maximă a nepracticării sistematice a culturii fizice — 38,7% — se înregistrează tocmai în grupa pacienților cu sindroame de suprasolicitare, confirmînd observațiile de mai sus.

Factori psihologici. Am ales în mod deliberat numai doi dintre factorii implicați în succesul universitar, aptitudinile și vocația, pentru că pe fondul unei inteligențe corespunzătoare solicitărilor studiilor superioare și al unei disciplinări a voinței de a munci, atunci cînd acești doi factori au fost determinanți pentru opțiunea profesională, ei au avut rol hotărîtor. De cîte ori însă există o neconcordanță între opțiunea profesională și unul din cei doi factori menționați, se creează premisele favorabile instalării unor dezadaptări nevrotice și a unor eșecuri universitare. Pe de o parte suprasolicitarea, pe de altă parte situațiile conflictuale în cadrul grupului amorsează complexe de inferioritate, sentimentul de însingurare și de adversitate a grupului, accentuate cu ocazia fiecărui nou eșec (181), care la rîndul său declanșează reacția părinților, tot atîtea cercuri vicioase datorită neadaptării fie prin insuficiența aptitudinilor, fie prin lipsa de motivație pentru profilul facultății frecventate (13; 19; 49; 63; 75; 119; 121; 183; 228; 230; 286; 321; 357; 417; 433).

A p t i t u d i n i. Înainte de a aborda tema aptitudinilor, vom face o scurtă incursiune în problema inteligenței, cu atît mai mult cu cît G. Wagner (456) scria că nici conceptul de inteligență și nici cel de aptitudini nu beneficiază de definiții satisfăcătoare, considerînd chiar mai indicată corelarea cuplului inteligență-aptitudini de cuplul genotip-fenotip. Pentru acest autor conceptul de inteligență se raportează la fenotip, rezultanta acumulărilor pe fondul genotipic care constă din aptitudinea de a învăța, aptitudine care inițial ar fi ceva în genul „dispoziție de a învăța". Inteligența nu e un lucru, ci doar denumirea a ceva care constă în ceea ce permite unei persoane să efectueze un set de acțiuni, afirmă Lickorish (168), iar Burt definește inteligența ca pe o aptitudine cognitivă generală înnăscută sub puternica influență a mediului. Dealtfel Guilford, autorul teoriei tridimensionale a inteligenței (citat de 339), a inventariat nu mai puțin de 400 de definiții ale inteligenței. Încă de la conceptul lui Spencer și Galton — care afirmau existența unor aptitudini generale, separat de unele speciale —, Jackson, Sherrington, Burt și Spearman avansează conceptul factorului „G" pendinte de numărul neuronilor și al legăturilor existente între ei. Dacă Thurstone (1938) îngloba în conceptul „inteligență" șapte caracteristici fundamentale — abilitate și fluiditate verbală, abilitate mnezică, capacitate de reprezentare spațială, rapiditate a înțelegerii, memoria și gîndirea deductivă —, Babcock descrie patru dimensiuni ale minții — senzorială, memorie, nivelul inteligenței și tempoul mintal —, pentru ca Guilford să sus-

Scanned with OKEN Scanner

ţină interacţiunea dintre 5 operaţii, 6 produse şi 4 conţinuturi. În ceea ce-l priveşte pe J. Piaget, acesta încorporează noţiunea de inteligenţă într-un concept care se referă la totalitatea psihismului uman.

Problema măsurării inteligenţei este pusă în discuţie, Lickorish, citat anterior, afirmînd că nu există o unitate de măsură a inteligenţei şi ca atare aceasta nu poate fi decît evaluată şi nu măsurată. Acelaşi autor afirmă că QI măsoară de fapt vîrsta mintală, că nu dă relaţii corespunzătoare la adolescenţi şi că valoarea QI nu este corelabilă cu inteligenţa creatoare-divergentă. Dealtfel QI ar evalua factorul „G", considerat a fi expresia facultăţilor cognitive generale (aptitudinea de a învăţa şi asimila cunoştinţe tehnice şi generale).

Revenind la definiţiile inteligenţei, Torndyke şi James (citaţi în 49) o consideră a fi capacitatea umană de a se adapta la situaţii noi, care nu implică numai aptitudini intelectuale.

Popescu-Neveanu (339) în Dicţionarul de psihologie scrie că „inteligenţa trebuie să fie considerată un fenomen şi o caracteristică a adaptării la mediu, a transformării mediului de om" ... „un instrument de adaptare care intră în funcţiune cînd celelalte instrumente de adaptare, instinctul şi deprinderea nu mai pot face faţă." La rîndul lor, Pamfil şi Ogodescu (311) consideră inteligenţa umană ca pe o facultate de elaborare a conduitei de comunicare; mai mult decît o facultate, ea apare ca o structură dinamică a psihismului care metabolizează întreaga viaţă psihică, realizînd aspectul sintetic de coexistenţă echilibrată dintre memorie, comprehensiune, limbaj şi invenţie; experienţa mintală desemnată ca inteligenţă, se bazează pe mai multe subfuncţii dintre care cea mai importantă este memoria; inteligenţa şi limbajul sînt interconectate.

A discuta despre nivelul corespunzător de inteligenţă generală la studenţi pare un nonsens, cu atît mai mult, cu cît o seamă de autori susţin posibilitatea existenţei unei discrepanţe între nivelul inteligenţei şi performanţele şcolare: J. Meinhardt (228), Burt (citat de 456). Eccles (105) scrie că lipsa motivaţiei poate contribui la scăderea facultăţilor intelectuale, iar Danon-Boileau şi colab. (469) scriau că munca intelectuală este cu atît mai costisitoare, cu cît inteligenţa este mai promiţătoare, acest vector fiind încărcat de fantasme. Există însă şi studii (75) care constată că 30% dintre studenţii cu rezultate slabe la învăţătură n-ar fi dispus de un nivel corespunzător al inteligenţei.

Aptitudinile, definite de Popescu-Neveanu (339) ca „însuşire sau sistem de însuşiri ale subiectului mijlocind reuşita într-o activitate", iar de M. Golu şi D. Dicu (147) ca „organizare selectivă a componentelor cognitive, afective, motivaţionale şi executive care îi permit omului desfăşurarea cu succes a unei activităţi la un moment dat", par să fie mai importante în cazul studenţilor. Cît priveşte mijloacele de evaluare a lor, Bleuler (citat de 392) susţinea că pot furniza o imagine clară dacă se îmbină datele examenului psihometric cu cele ale unui dialog bine condus, în timp ce alţi autori (147) acordă performanţelor puterea de a traduce fidel cantitatea şi calitatea aptitudinilor.

În absenţa evaluărilor psihometrice, aprecierea aptitudinii studentului de a-şi însuşi gîndirea de specialitate — concepută ca set de procedee şi strategii rezultate din stocuri de mesaje organizate durabil şi util refolosirii lor în mod creator (21) — s-a făcut în cadrul dialogului şi cu sprijinul performanţei la învăţătură, realizate pînă în momentul consultaţiei. În orice caz aceste performanţe au fost folosite ca termen de referinţă şi nu ca un criteriu cu valoare absolută, ţinînd seama pe cît posibil de numeroşi factori ce le influenţează independent de nivelul cu-

Scanned with OKEN Scanner

plului inteligență-aptitudini specifice. Dintre factorii ce pot determina variațiile rezultatelor școlare menționăm: efortul și calitatea cadrelor didactice de a transfera studentului setul de rezolvare a problemelor (266; 469), stilul de muncă al pacientului și încărcarea sa reală cu sarcini, particularitățile laturii emoționale a personalității sale, raportată la specificul situației de examen care îmbracă uneori aspecte ce pot genera — „examinita" de care vorbește Vial (citat de 246) sau fobia de examen (19; 168; 173; 268; 269; 413; 469). Acești factori își manifestă mai pregnant influența asupra performanțelor la studentul începător datorită lipsei de fluență și ruperii de ritm ce se manifestă în momentul trecerii de la studiile liceale la cele universitare (75; 383), de la învățarea receptivă la cea selectivă și autodirijată, ca și datorită folosirii unor stiluri de muncă și a unor metode de studiu individual necorespunzătoare (416), într-un cuvînt datorită dificultăților de adaptare la exigența universitară și la solicitările intelectuale unilaterale și intense (146), dar și la noutatea mediului (187).

Proporția pacienților noștri la care am considerat dotarea aptitudinală specifică drept insuficientă (tabelul VII) poate fi considerată inferioară realității, tocmai datorită dificultății de apreciere obiectivă, în absența evaluărilor psihometrice. Totuși din datele respective rezultă un aspect evocator pentru implicațiile insuficienței aptitudinilor specifice: ponderea de trei ori mai mare a celor deficitari printre pacienții din facultățile tehnice, față de cei din alte facultăți — 19,4% față de 5,9%. Este demonstrată astfel dificultatea mai ridicată de a suplini lipsa aptitudinilor pentru profilul tehnic prin supraefort, comparativ cu alte profiluri. De asemenea conștientizarea acestei incapacități are consecințe serioase, agravînd sindromul nevrotic (123), aserțiune sprijinită de ponderea mai mare a „inaptilor" în lotul tinerilor cu nevroze constituite — 14,4% — decît în lotul celor cu dezadaptări acute — 8%.

V o c a ț i e. Vocația este definită de Popescu-Neveanu (339) ca „interacțiunea optimă între aptitudinile pentru ceva și atitudinile față de același obiect în cadrul unei înalte conștiințe axiologice și în baza unei viguroase tendințe de autodepășire".

Ea se conturează în adolescență și este legată de motivație, pe care Golu o definește ca „. . . model subiectiv al cauzalității obiective, cauzalitate reprodusă psihic, acumulată în timp, transformată și transferată prin învățare și educație în achiziție internă..." (339). Fraisse (citat în 49) califică drept motivație „. . . ceea ce pune în mișcare organismul, declanșează, orientează și decide acțiunea sa", iar Popescu-Neveanu — „... sistem de impulsuri, imbolduri, pulsiuni interne, energizări sau activări, stări tensionale sau ansambluri ale acțiunilor și conduitei" (339). Mecanismele motivației, deși pendinte de fondul genetic, sînt optimizate prin educație în cadrul societății, vizîndu-se fixarea unor trebuințe supraindividuale concordante cu nevoile colectivității (21). Dar în actul motivațional, scriu Pamfil și Ogodescu (311), sînt actualizate toate potențele, modurile realității (necesar, posibil, hazard), întreaga ființă umană . . . motivația luînd naștere în cîmpul de conștiință din întinderea reflectării realității și polarizării afective, din constelarea dinamicii afective și funcțiile reflexive. Cu alte cuvinte, actul motivațional, care se traduce în nivelul fenomenologic al efectelor, conține o componentă afectivă de mare însemnătate, de vreme ce afectivitatea este trăită și nu elaborată în plan conceptiv, angajînd complet, din margine în margine, conștiința (311). Acest aspect este important pentru înțelegerea rolului motivației în procesul de învățare, unde, deși reunite în fapt, conduitele afective și cele cognitive nu reprezintă facultăți independente (J. Piaget, citat în 49). Atribuindu-se mo-

Scanned with OKEN Scanner

tivației trei funcții primordiale: *sensibilizarea*, care scade pragul de percepție a stimulilor corespunzători motivației, *energizarea*, care favorizează depistarea stimulilor apți să satisfacă trebuința prin activarea întregului organism, și *selecția*, sinonimă pînă la un punct cu învățarea, care se bazează pe eficiența acțiunilor desfășurate anterior (Faber, citat de 266), este evident că vectorul energizor al motivației crește paralel cu promptitudinea și relevanța recompensei, după cum lipsa motivației frînează procesul de învățare. Mai mult, se subliniază faptul că fixarea durabilă a unui comportament depinde de coexistența recompensei, dar și de durata așteptării pe care o impune obținerea recompensei, iar semnificația „așteptării și probabilității" depinde la rîndul său de „speranțele de succes" (266).

Aplicînd în cazul studentului toate aceste cunoștințe, rezultă două probleme majore: importanța relației vocație-opțiune profesională (identitate, marginalitate, indiferență, contrarie) și contribuția „confirmării așteptărilor", sinonimă cu concordanța dintre imaginea tînărului despre conținutul domeniului de studiu abordat și cel al programei analitice, precum și concordanța dintre performanțele realizate și efortul investit, la stabilirea nivelului speranțelor sale de succes, implicit al perseverenței efortului său de autodepășire.

Este binecunoscut faptul subliniat de I. Alexandrescu (49) că de multe ori opțiunea profesională este determinată și de factori străini de vocație, cum sînt falsa imagine despre sine indusă de o dorință puternică, dorințele părinților, „profesiile la modă", imitația unor modele etc., ceea ce conduce la prăbușirea idealului profesional, care nu este susținut de condițiile efective — posibilitățile organo-funcționale și mintale. Alegerea profesiunii efectuată independent de vocația tînărului, sub influența „ideilor forță" care ierarhizează munca profesională (19) sau al setului de așteptări pe plan social-economic, cu ignorarea rolului vocației în determinismul performanțelor (147) explică proporția ridicată de eșecuri școlare — 44% într-un studiu efectuat de I. Alexandrescu (49).

A doua variantă, scăderea speranței de succes, poate să atragă după sine și renunțarea cu bună știință la alegerea profesiei dictată de motivația proprie. Este cazul celor care eșuînd la concursul de admitere în facultatea preferată și neluînd în considerare faptul că eșecul poate fi provocat și de „anxietatea realizării scopului" (266) și de activarea excesivă pe care o induce „starea de start" (122), percep eșecul ca pe o frustrare, nivelul de aspirație scade, se instalează anxietatea. Prospectarea exagerată a riscului de eșec poate conduce la noi eșecuri și, în final la o nouă opțiune circumstanțială, alegerea fiind determinată de nivelul competiției. Tînărul se prezintă la concursul de admitere în facultatea la care s-au înscris cei mai puțini candidați. Dacă reușește, ia naștere conflictul dintre „trebuie" și cenzura rațiunii, sursă de noi eșecuri (147), cu atît mai mult, cu cît puternica inhibiție exercitată de sistemul afectiv determină anxietate și implicit instabilitatea de tip nevrotic a funcțiilor psihice (21).

Toate problemele înfățișate explică proporția ridicată a tinerilor a căror opțiune profesională nu concordă cu vocația, printre școlarii și studenții cu eșecuri. Spre exemplu, în lotul studenților cu afecțiuni nevrotice studiat de noi, 26,4% au recunoscut lipsa vocației pentru profilul facultății pe care o frecventau. Dintre aceștia 18,8% urmau cursurile unei facultăți cu profil diametral opus vocației lor, 6,8% una cu profil apropiat și 0,8% o facultate aleasă la întîmplare. Cei 366 de pacienți care se aflau în una din situațiile menționate, au totalizat în perioada efectuării studiului nostru 197 de repetenții (115 repetări ale anilor I și II) și 35 de abandonuri universitare, dintre care 25 în primii doi ani de stu-

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL IX

Rezultatele unui sondaj efectuat cu ajutorul unui chestionar, la care au răspuns 875 de studenţi neselecţionaţi

	Studenţi:		
	Total	*din anul I*	*din anii III—V*
Studenţi care au susţinut două sau mai multe concursuri de admitere la facultatea pe care o frecvenţează	42,1 %	41,2 %	48,1 %
Studenţi care au susţinut concursuri de admitere la mai multe facultăţi	22,3 %	21,3 %	31,3 %
Studenţi care au recunoscut absenţa vocaţiei pentru profilul facultăţii pe care o frecventează	27,4 %	31,0 %	28,4 %

dii. Dacă într-un lot de nevrotici ne putem aştepta ca un sfert dintre ei să-şi fi ales greşit profesia, constatarea unei proporţii de 27,4% a studenţilor fără vocaţie pentru profilul facultăţii frecventate într-un grup de 875 de studenţi neselecţionaţi, este de-a dreptul îngrijorătoare.

Factori sociali. Starea civilă. Necunoscînd ponderea studenţilor căsătoriţi în masa studenţilor din Centrul universitar Bucureşti, nu se pot face aprecieri comparative decît între ponderea căsătoriţilor din cele trei categorii de pacienţi cu afecţiuni nevrotice sau infranevrotice. Consemnăm o proporţionalitate a numărului pacienţilor căsătoriţi cu gravitatea afecţiunii nevrotice de care suferă, ponderea căsătoriţilor fiind de 9,2% în lotul pacienţilor cu sindroame de suprasolicitare, de 13,7% în cel al studenţilor cu reacţii nevrotice şi de 18,4% în cel al bolnavilor de nevroză constituită. Dacă vom compara aceste date cu cele referitoare la ponderea studenţilor în vîrstă de peste 25 de ani din cele trei categorii de pacienţi: 22,7% în grupa celor cu sindroame de suprasolicitare, 17% în grupa celor cu reacţii nevrotice şi 40,3% în grupa celor cu nevroze constituite, vom constata că ponderea familiştilor concordă cu cea a „vîrstnicilor" numai la tinerii din grupa nevroze constituite şi, respectiv din grupa sindroame de suprasolicitare. În schimb, în grupa reacţii nevrotice, printre pacienţii căsătoriţi există o proporţie mai ridicată de tineri de vîrstă universitară (sub 25 de ani) iar, aşa cum rezultă din tabelul VII, conflictele conjugale participă la instalarea unei reacţii nevrotice la 42,6% dintre pacienţii căsătoriţi cuprinşi în categoria reacţii nevrotice.

Se desprinde din aceste date problema căsătoriei studentului — cu statutul profesional „în devenire" — încă dependent economic — cu statut social „în suspensie" — şi cu o personalitate în curs de maturizare. Fără îndoială că, în general vorbind, întemeierea unei familii grăbeşte maturizarea prin plusul de certitudine conferit devenirii sale, scopului şi sensurilor eforturilor sale de inserţie în viaţă şi profesie. Dar odată cu căsătoria, solicitărilor impuse de statutul său de student li se adaugă cele derivate din noua sa situaţie social-economică, iar apariţia unui copil ridică şi o suită de alte probleme complexe.

Uneori riscul iscării unor stări conflictuale începe odată cu solicitarea acceptării căsătoriei de către părinţi, acceptare obligatorie, dată fiind dependenţa economică a studentului de părinţi. De multe ori părinţii, dominaţi de teama ca noua situaţie a tînărului să nu influenţeze negativ motivaţia sa pentru studiile universitare şi convinşi de veridicitatea concepţiei conform căreia lipsa autonomiei economice grevează asupra şanselor de reuşită a unei

Scanned with OKEN Scanner

căsătorii, refuză să-şi dea consimţămîntul. Cînd totuşi părinţii cedează presiunii tinerilor, ei tind să exercite în continuare o influenţă puternică asupra modului lor de viaţă, în virtutea calităţii lor de autoritate parentală, folosind chiar mijloace de constrîngere de natură economică. Ciocnirile de „principii" sînt şi mai aprinse cînd tînăra familie locuieşte împreună cu părinţii, iar odată cu naşterea primului copil, a cărui îngrijire este transferată părinţilor, imixtiunea acestora în viaţa tinerilor dobîndeşte noi valenţe.

În sfîrşit, incompleta maturizare a tinerilor căsătoriţi, coincidenţa perioadei de acomodare conjugală cu tensiunea emoţională ridicată indusă de solicitarea intelectuală intensă impusă de exigenţa universitară, reprezintă la rîndul lor factori de risc.

Fără a generaliza aspectele semnalate, este obligatorie luarea în considerare a factorilor de risc ce rezultă din însăşi dialectica fenomenului.

Factori economici. În ţara noastră, în afară de gratuitatea învăţămîntului de toate gradele, statul sprijină efectiv tineretul dornic să studieze, acordînd burse studenţilor în funcţie de nivelul veniturilor părinţilor şi de rezultatele la învăţătură. În perioada efectuării prezentei cercetări cca 60% dintre studenţi erau bursieri, cifră de referinţă pentru datele din tabelul VII, conform cărora ponderea bursierilor printre studenţii cu afecţiuni nevrotice era de 68,1%. Deşi nesemnificativă statistic, această diferenţă reprezintă un indicator al faptului că riscul pierderii dreptului la bursă constituie un factor de creştere a tensiunii emoţionale a tînărului, în sesiunea de examene. Suprapunîndu-se intensei solicitări intelectuale din perioada respectivă şi climatului emoţional din cadrul grupului, acest factor contribuie uneori la supraevaluarea riscului de eşec, generînd adevărate stări de alertă şi sporind astfel substanţial incidenţa cazurilor noi de impasuri nevrotice din sesiunea de examene. În acelaşi sens pledează şi constatarea că proporţia nevroticilor care prestează munci retribuite pentru a-şi rotunji veniturile, este identică cu aceea a nevroticilor neboursieri — 31,9% —, şi anume că pierderea bursei echivalează pentru unii cu necesitatea recuperării ei prin muncă suplimentară retribuită.

Existau însă în perioada efectuării cercetării şi tineri care prestau paralel cu activitatea universitară munci retribuite, neconstrînşi de dificultăţi economice, ci pentru a-şi asigura un grad mai mare de autonomie faţă de părinţi. Că este aşa, o dovedeşte şi faptul că ponderea lor era superioară printre nevroticii din institutele netehnice, comparativ cu cei din facultăţile tehnice — 34,9% faţă de 27% —, adică tocmai printre studenţii care aveau orare săptămînale mai puţin încărcate, permiţîndu-le astfel de activităţi suplimentare. În altă ordine de idei, proporţia superioară a celor fără bursă printre pacienţii care frecventau facultăţi cu profil tehnologic — 34,6% faţă de 28,9% printre cei din facultăţile cu alt profil — poate fi pusă în legătură cu condiţionarea obţinerii bursei de nivelul performanţelor şcolare. Solicitarea mai intensă — orar săptămînal, programă analitică, întocmirea de proiecte, saturarea cu matematică a materialului de studiu — ridică probleme mai dificile în calea obţinerii unor calificative bune la examene, mai ales pentru cei handicapaţi fie pe planul aptitudinilor specifice, fie prin tulburări nevrotice.

În concluzie, riscul pierderii bursei poate declanşa o dezadaptare nevrotică şi, indirect, chiar un eşec la examen. Cînd eşecul la examen este dublat de pierderea acestui drept şi cînd studentul este obligat să compenseze pierderea acestui drept prin muncă retribuită, se poate instala un cerc vicios, ce va duce la agravarea nevrozei.

Abitaţie. Cazarea studenţilor în cămine favorizează procesul de sociabilizare, dezvoltă simţul responsabilităţii

colective şi al celei personale, stimulează studiul individual permiţînd un schimb de opinii permanent, împiedică apariţia sentimentului de izolare afectivă şi de însingurare la tinerii desprinşi pentru prima dată de mediul familial, obişnuindu-i cu disciplina şi cu raţionalizarea bugetului de timp etc.

Dar chiar atunci cînd condiţiile obiective de abitaţie şi comportamentul majorităţii tinerilor corespund acestor deziderate, efortul de adaptare la acest mediu, diferit de cel familial, rămîne o realitate de care trebuie să se ţină seama. Efortul menţionat poate fi el însuşi o cauză de impas adaptativ, mai ales în situaţia în care intervin şi alţi factori de risc legaţi de abitaţie. Spre exemplu, amplasarea unor cămine în centrul oraşului, chiar cînd oferă avantajul apropierii de sediul facultăţii, expune la poluare fonică şi constituie astfel pentru tinerii originari din mediul rural sau din oraşe mai mici o posibilă sursă de perturbare a activităţii, cu atît mai mult, cu cît ei trăiesc şi sentimentul de claustrare specific abitaţiei în oraşul modern. În afară de aceasta, cînd camerele din cămin adăpostesc un număr mai mare de locatari, ceea ce îl privează pe tînăr de posibilitatea satisfacerii trebuinţei de intimitate şi meditaţie, cînd între colocatarii camerei se nasc animozităţi, în parte datorită diferenţelor de mediu socio-cultural din care provin, cînd comportamentul unui număr prea mare de tineri din cămin depăşeşte limitele exuberanţei vîrstei, mediul din căminul studenţesc îşi pierde calităţile sale modelatoare.

Cel puţin în Centrul universitar Bucureşti, studenţii care locuiesc înafara căminului, la gazde, beneficiază numai rareori de un grad de confort echivalent celui din cămin, ei fiind expuşi altor factori de risc ce decurg din izolarea lor de colectivitatea studenţească şi de mediul familial. Datorită scăderii controlului parental, ei pot ceda mai uşor tentaţiilor metropolei şi vîrstei, dezorganizîndu-şi viaţa şi activitatea, sau, dimpotrivă, însingurîndu-se.

În sfîrşit, studentul care continuă să locuiască împreună cu familia, este privilegiat atîta vreme cît climatul, atitudinea educaţională şi condiţiile de abitaţie familiale sînt corespunzătoare. Există însă şi situaţii în care mediul sau comportamentul unora dintre membrii familiei îl determină pe tînăr să prefere mediul din căminul studenţesc.

În studiul nostru, am calificat drept necorespunzătoare condiţiile de abitaţie din cămin în funcţie de gradul de aglomerare a dormitorului, iar în afara căminului, în funcţie de aglomerarea locuinţei şi de climatul psihologic. Faptul că ponderea celor cu condiţii de abitaţie necorespunzătoare este în lotul cercetat mai mic printre căminişti — 7,5% — faţă de „necăminişti" — 19% — iar ponderea celor care locuiesc în cămine nu diferă printre nevrotici comparativ cu restul studenţilor — 54,2% şi, respectiv, 55% — demonstrează că numai criteriul aglomerării dormitorului nu este suficient pentru aprecierea gradului de confort al abitaţiei.

Factori legaţi de procesul de învăţămînt. Un studiu efectuat de UNESCO în 100 de state (436) a condus la concluzia că un orar săptămînal de 30 de ore, la care se adaugă 18 ore de studiu individual pe săptămînă, reprezintă regimul optim de activitate al studentului. Pornind de la această premisă, în cercetarea efectuată am considerat supraîncărcat programul săptămînal ce depăşea 36 de ore, fără a include în calcul nici una dintre activităţile extraşcolare. În centrul nostru universitar au existat permanent depăşiri ale acestor graniţe. Astfel, deşi faţă de 1958, în 1962 limita superioară a numărului săptămînal de ore scăzuse de la 52 la 41, 65% dintre studenţi aveau un program de 30 de ore şi 19%, chiar peste 36 de ore pe săptămînă (354). Orarul zilnic varia între 2 şi 11 ore, iar pentru studiul individual 70,9% foloseau 24 ore/săptămînă, cei din primii doi

Scanned with OKEN Scanner

ani de studii totalizînd săptămînal chiar 30—40 de ore de studiu individual. Aceeaşi cercetare releva că 38,5% dintre studenţii investigaţi erau expuşi unei solicitări excesive datorită sarcinilor extraşcolare. În 1972, se observa o nouă tendinţă de creştere a orarului faţă de peste 36 de ore, ambele proporţii fiind superioare celor referitoare la lotul martor — 49,2% şi respectiv, 10,3%.

Este locul să subliniem importanţa raţionalizării încărcării cu sarcini a studentului care comportă, în afară de aspectul cuantumului orar săptămînal,

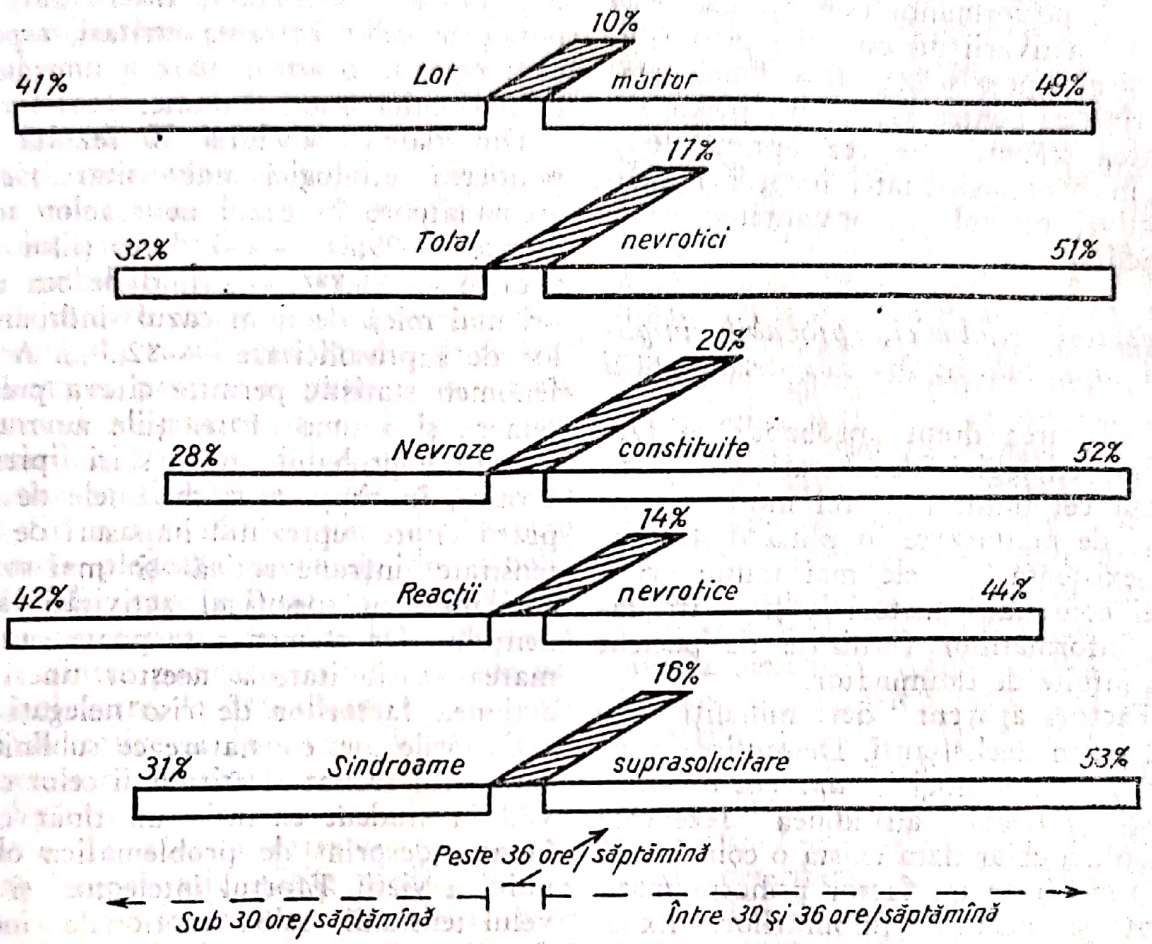


Fig. 6 — Repartizarea pacienţilor în funcţie de încărcarea orarului săptămînal.

1962, studenţii cu un program de 36 ore/săptămînă reprezentau 25,9% din totalul celor investigaţi, iar lipsa de ritmicitate a programului zilnic afecta 85,5% dintre ei. Se mai semnala şi faptul că studenţii care aveau de susţinut un examen în sesiunea din toamnă — 44,7% — beneficiau de o vacanţă insuficientă din cauza prelungirii stagiului practic din timpul verii (51). Fenomene similare sînt semnalate şi de alţi autori (352; 354; 417; 436).

În lotul studiat de noi, 50,8% dintre pacienţi aveau un orar săptămînal ce depăşea 30 de ore şi 17,4%, unul de

şi numeroase alte aspecte ce contribuie la instalarea unei încordări ideo-afective. Conform cercetărilor şcolii de psihiatrie de la Socola-Iaşi (49), această încordare creşte considerabil consumul de oxigen. De asemenea se ştie că stimularea intensă şi prelungită a organelor de simţ — în special a ochiului şi urechii —,aşa cum se întîmplă în cazul supraîncărcării nervoase prelungite, necesară efectuării unei munci, sau în cazul efortului depus fără plăcere, provoacă o oboseală rapidă a creierului, cu consecinţe ce se prelungesc mai mult de 6 ore după încetarea activităţii. Cum

supraîncărcarea cu sarcini îl obligă adesea pe student să-şi sporească numărul orelor de studiu individual în dauna orelor de somn şi de odihnă activă, efectele negative semnalate capătă amploare. Pe planul performanţelor şcolare se ştie, conform legii Yerkes-Dodson, că performanţa este optimă dacă nivelul activării nu este nici prea ridicat şi nici prea scăzut, Broadhurst considerînd că pentru sarcini complexe, activarea scăzută este cea optimă (64). Or, în cazul menţionatei încordări ideo-afective, nivelul performanţelor este periclitat.

Factori etiologici, probabil implicaţi în instalarea in- sau dezadaptării

Calificarea drept „probabili" a factorilor etiologici identificaţi este justificată cel puţin din trei motive: procesul de maturizare în plină desfăşurare, existenţa de cele mai multe ori a unei constelaţii factoriale şi relativitatea informaţiilor furnizate de pacient sau intuite de examinator.

Factori aparent determinanţi sau cel puţin declanşanţi. Denumirea acestor factori etiologici, *aparent determinanţi*, reflectă atitudinea rezervată adoptată chiar dacă există o coincidenţă în timp între un factor psihotraumatizant şi debutul tulburărilor. Experienţa demonstrează că adesea după repetarea dialogului cu pacientul se constată că adevărata cauză a dezadaptării nu a fost cea iniţial stabilită, ci una pe care, din pricina mentalităţii sale, pacientul a trecut-o sub tăcere.

Un prim aspect semnificativ al etiologiei impasului nevrotic sau infranevrotic la student rezidă în stabilirea ponderii pe care o au factorii de risc de natură universitară, diferenţiat de ponderea celor extrauniversitari, aspect care permite o aproximare a dimensiunilor riscului studii-sănătate.

Din datele tabelului X rezultă că ponderea etiologiei universitare este asemănătoare în cazul nevrozelor adevărate — 29,8% — şi al reacţiilor nevrotice — 26,8% —, fiind de cca trei ori mai mică decît în cazul sindroamelor de suprasolicitare — 82,3%. Acest fenomen statistic permite cîteva presupuneri, şi anume că reacţiile nevrotice constituie probabil nişte stări prenevrotice, în timp ce sindroamele de suprasolicitare reprezintă impasuri de intensitate infranevrotică şi mai strîns corelabile cu specificul activităţii studentului. De asemenea se poate susţine marea sensibilitate a acestor tineri la acţiunea factorilor de risc nelegaţi de activităţile lor, constatare ce subliniază caracterul eronat al atitudinii celor care văd în student exclusiv un tînăr care învaţă, desprins de problematica obişnuită a vieţii. Efortul intelectual şi nivelul tensiunii sale emoţionale indus de munca sa contribuie la sensibilizarea lui la impactul factorilor de risc ai vieţii, cu atît mai mult, cu cît incom-

TABELUL X

Repartizarea procentuală a pacienţilor din lotul cercetat în funcţie de natura factorilor aparent determinanţi ai afecţiunii lor nevrotice (*U* — factori de natură universitară; *E* — factori de natură extrauniversitară)

	Total		*Pacienţi din institute:*			
			tehnice		*netehnice*	
	U	*E*	*U*	*E*	*U*	*E*
Totalul pacienţilor	42,6	57,4	48,8	51,2	38,7	61,3
Nevroze constituite	29,8	70,2	36,4	63,6	25,0	75,0
Dezadaptări acute	59,0	41,0	76,3	23,7	54,3	45,7
Reacţii nevrotice	26,8	73,2	36,1	63,9	22,0	78,0
Sindroame de suprasolicitare	82,3	17,7	89,4	10,6	78,4	21,6

Scanned with OKEN Scanner

pleta sa maturizare și confruntarea dintre imaginea ideală a lumii cu realitatea amplifică perceperea dificultăților pe care le are de întîmpinat.

Factori de natură „extrauniversitară". Factori somatici. A considera o maladie organică drept cauză a unor tulburări nevrotice înseamnă a încadra cazul respectiv într-un sindrom neurasteniform pe fond organic. În studiul nostru am considerat determinant acest factor în sensul reacției psihogene declanșată de îmbolnăvirea somatică, reacție care, apărînd la un ins cu un teren vulnerabil, a căpătat amploare, iar evoluția în paralel a celor două tipuri de tulburări intricîndu-se, constituie prilejul care scoate la lumină o nevroză latentă. În cazul sindromului de suprasolicitare, pentru a putea incrimina factorul somatogen în declanșarea tulburărilor, trebuie ca îmbolnăvirea somatică să fi intervenit într-o perioadă de vîrf a activității studentului. Pentru aceasta pledează și datele din tabelul VII, din care rezultă că factorul somatogen a putut fi considerat cauză la 4% dintre pacienții cu sindrom de suprasolicitare, la 5% dintre cei cu reacții nevrotice și la 11% dintre cei cu nevroze constituite.

Stări conflictuale erotice. În această categorie de factori s-au grupat atît stările conflictuale ce iau naștere în legătură cu relațiile erotice dintre tineri, cît și cele amorsate de apariția unor tulburări de dinamică sexuală la studentul de sex masculin. În general frecvența cu care se semnalează această etiologie a nevrozei la tineri este cu mult inferioară realității (240; 246).

Dacă ne referim la incidentele sexuale ale studentului, acestea nu sînt totdeauna relatate spontan din cauza rușinii, anxietății, depresiei sau din cauza unui sentiment de culpabilitate, opiniază Offer (469), pentru că maturității sexuale biologice și impulsului sexual crescînd i se opun frînele psihosociale. Considerăm că trebuie adăugată la explicația dată de Offer și nivelul cu totul necorespunzător al informării tineretului în problemele de sexologie.

Referindu-ne la conflictele generate de relațiile erotice, vom sublinia că, deși conștientizate, acestea sînt la fel de inconstant semnalate medicului din cauza unor mentalități destul de răspîndite printre adulții maturi, părinți, cadre didactice etc. În primul rînd este vorba de tendințe de minimalizare a potențialului psihotraumatizant al unor astfel de evenimente sau situații conflictuale, care-l determină pe student să atribuie apariția tulburărilor nevrotice efortului impus de activitatea sa școlară sau oricărui alt factor decît problematicii sale afective erotice. A doua atitudine cu efect inhibitor este un fel de „tabu" opus de adulții maturi, care într-un fel sau altul, refuză studentului trebuința legică a vîrstei și a procesului de maturizare afectivă pe care-l suferă, de a-și căuta viitorul partener de viață. Această mentalitate este rezultatul temerii ca satisfacerea trebuințelor erotice să nu-i scadă tînărului motivația pentru învățătură. Cînd tînărul întîmpină o opoziție fățișă din partea părinților pentru o astfel de legătură, situație frecventă mai ales cînd apare și un eșec la examene, conflictul ia proporții. Intervenția dură a părintelui poate determina un comportament de eșec (316) cu consecințe grave asupra performanțelor școlare. În această situație la tînărul, care continuă să întrețină relații cu partenerul în ascuns, se poate dezvolta un sentiment de culpabilitate; dacă respectă interdicția impusă de părinți, poate apărea o tendință la introversiune și însingurare; el trăiește un sentiment de carență afectivă care, pe fondul frămîntărilor inerente procesului de maturizare afectivă, nu numai că-i compromite activitatea, dar poate conduce la perceperea deformată a sensului vieții, formă noogenă a nevrozei, descrisă de Frankl (125). Cînd părinții constată schimbarea intervenită la tînăr și instalarea tulburărilor psi-

Scanned with OKEN Scanner

hice, cad adesea victima celeilalte mentalităţi, conform căreia nevroza ar fi consecinţa abstinenţei sexuale; în asemenea situaţii, ei merg uneori pînă la iniţierea unor acţiuni de favorizare a relaţiilor sexuale ale tînărului cu persoane oarecare, atitudine care evidenţiază faptul că nu numai tinerii contemporani suferă influenţa tendinţei de devalorizare şi de dezumanizare a comportamentului sexual normal (1; 19; 94; 139; 159; 161; 184; 189; 190; 240; 329; 351; 418; 462). Cum în astfel de condiţii tînărul poate înregistra un eşec sexual, elaborează complexe de inferioritate şi preocupări obsesive pe tematica sexualităţii, alimentate şi de stimulările vizuale conţinute în ceea ce se înţelege sub denumirea de „pericolul pornografiei" (351). Din acest moment apare şi o vizibilă scădere a performanţelor şcolare, pentru că — aşa cum afirmă Ziolko (469) — „este surprinzător faptul că problematica realizărilor intelectuale este totdeauna legată de problematica realizărilor sexuale".

Evident că nu totdeauna problematica semnalată evoluează de maniera descrisă, dar este cert că nu trebuie să se omită că etapa studiilor universitare coincide cu perioda de căutare a partenerului de viaţă, pe fondul procesului de maturizare afectivă, şi că între această trebuinţă şi interesele profesionale — respectiv motivaţia pentru studiile universitare — există un raport de influenţare reciprocă. Medicului care examinează studenţii i se cer foarte multă abilitate şi tact pentru a scoate la lumină acest tip de conflicte şi pentru a reuşi să le dedramatizeze, evitînd adoptarea unei atitudini de minimalizare, extrem de periculoasă.

În lotul nostru incidenţa acestor factori de risc atinge 13%, pentru ca în categoria studenţilor cu reacţii nevrotice să se ridice la 32,7%. Dealtfel şi Gebauer (469) găseşte valori similare pentru aceşti factori — 14% la studenţi şi 27% la studente — la 137 de studenţi nevrotici internaţi într-o clinică de specialitate. În schimb, Predescu şi colab. (349), într-un lot de 165 de studenţi nevrotici, constată la 41% dintre ei traume psihice legate de viaţa sexuală sau sentimentală, iar R. Thomas (469) la 451 de studenţi depresivi, 119 cu probleme sexuale, de cele mai multe ori epifenomen al nevrozei, alteori fundalul unui conflict conjugal grav, la numai 12 dintre ei acest factor avînd un rol etiologic preponderent.

Stări conflictuale familiale. „Familia este un organism în sine, la fel ca şi individul", scrie Howells (169), acelaşi autor afirmînd că un individ bolnav este indiciul unei familii bolnave, postulate cu atît mai aplicabile la student, care — în plin proces de cristalizare a identităţii — este foarte sensibil la capacitatea de înţelegere şi de acceptare a transformărilor sale psihice, la flexibilitatea atitudinii părinţilor faţă de el (351). Menţinerea situaţiei psihologice de copil la student generează conflicte (J. Krüger, 469) dată fiind sensibilitatea la influenţele mediului provocate de marea plasticitate a adolescenţei (Nissen, citat de 268). Dealtfel David Seil (citat de 350) consideră că în etapa studiilor universitare conflictele psihologice majore cu care este confruntat tînărul ar fi patru:

— integrare reuşită [identitate cristalizată—integrare slabă (identitate difuză Erikson)];
— independenţă—dependenţă;
— intimitate—izolare;
— realizare sexuală—abstinenţă.

Cu alte cuvinte, apariţia unor stări conflictuale cu familia poate avea drept cauză: structura familiei, atitudinea afectivă şi comportamentul educaţional al părinţilor faţă de student, structura temperamental-caracterială a tînărului (J. Piaget citat de 75) şi procesul de maturizare a personalităţii sale care implică în special rezolvarea conflictului independenţă-dependenţă. În ceea ce priveşte structura familială, dincolo de integritatea ei, un rol deosebit îl

Scanned with OKEN Scanner

joacă maturitatea și stabilitatea părinților, legăturile afective dintre ei, concepțiile și prejudecățile lor morale.

Familia nevrotică reprezintă un pericol pentru copii (463), fapt confirmat și de studiul nostru. Stările conflictuale familiale se întîlnesc în etiologia nevrozei constituite la 34,3% dintre pacienți, iar în etiologia reacțiilor nevrotice la 21,7%. Familia dezmembrată și climatul familial viciat au fost identificate la 29,8% dintre pacienții cu nevroze constituite și la 23% dintre cei cu reacții nevrotice. Datele statistice menționate pledează pentru rolul sensibilizator al acestor factori, uneori datînd încă din copilăria pacientului. În privința atitudinii afective și educaționale a părinților este ușor de dedus influența exercitată de asimetria exagerată a atitudinii părinților, precum și de situația ce ia naștere atunci cînd tînărul devine un substitut al Eului ideal al părinților (Richter, citat de 268) și mai ales lipsa de înțelegere și de flexibilitate a atitudinii lor față de problematica semnalată de David Seil. Multe dintre stările conflictuale de acest tip își au rădăcinile în încercarea de a obține o autonomie totală, independent dacă această tendință reflectă atitudinea necorespunzătoare a părinților față de el sau dacă este rezultatul unor presiuni exercitate de o problematică sentimental-erotică.

În concordanță cu J. Thomazi (citat de 417), incidența globală a acestui tip de conflicte constatat în etiologia afecțiunilor nevrotice ale pacienților noștri a fost de 22,9%; studiul efectuat de V. Predescu și colab. (349) indică o incidență de 24%, în timp ce în studiul lui Malleson (469), 24 din 120 de studenți nevrotici aveau conflicte cu părinții lor.

Stări conflictuale conjugale. Cercetări efectuate pe nevrotici de altă vîrstă și profesie semnalează o incidență a acestui factor în etiologia nevrozelor variind între 15,1% (în 303, p. 95), 33% (320) și 59% (270), conflictele conjugale fiind mai des cauza nevrozei la femei — 50,7% (29) — decît la bărbați. Datele noastre: în grupa nevroze constituite — 37,4%, iar în aceea a reacțiilor nevrotice — 47,9%, situează studentul căsătorit printre categoriile cu cel mai ridicat risc de conflict conjugal. Pentru studentul mai vîrstnic, deja căsătorit la admiterea sa în facultate, conflictele conjugale pot izbucni din cauza dezacordului dintre soți în privința oportunității înscrierii unuia dintre ei la cursurile de zi ale unei facultăți, mai ales dacă au și copii, situație în care apar o inevitabilă scădere a venitului familiei și o creștere a solicitării soțului rămas în gospodărie. În cazul studenților care se căsătoresc în timpul studiilor, se poate vorbi uneori de o insuficientă maturitate a deciziei, în sensul subestimării sarcinilor ce le revin în noua situație, precum și implicațiile continuării dependenței lor economice de părinți. Aceste decizii, uneori critice, sînt explicabile prin nevoia de rezolvare a trebuinței sexuale, dar și prin dorința de a-și dobîndi cu un ceas mai devreme autonomia. Un studiu efectuat în alt centru universitar (422) semnala că la 35% dintre studentele gravide căsătorite, mariajul a fost încheiat după instalarea sarcinii, ceea ce dezvăluie un aspect deosebit de semnificativ, cu atît mai mult, cu cît se pun și problemele legate de apariția *copilului nedorit*.

În general, pentru studenții căsătoriți în timpul studiilor universitare, traversarea perioadei de acomodare inerentă oricărei căsătorii, în condițiile solicitărilor specifice muncii universitare, ale problemelor social-economice complexe ale familiei de curînd întemeiată, uneori înăsprite de adversitatea pe care unii părinți o manifestă împotriva căsătoriei tinerilor, creează premisele transformării micilor neînțelegeri în conflicte. Dacă se mai suprapun și eșecuri la examene, sau alte evenimente nefavorabile, există riscuri serioase de perturbare a relațiilor conjugale și implicit a climatului familial. În această

Scanned with OKEN Scanner

ordine de idei, R. Thomas (469) constata că dintr-un lot de 541 de studenţi depresivi, aproape toţi cei 42 care erau căsătoriţi aveau conflicte conjugale grave. Problema căsătoriei studenţilor între ei este foarte complexă. Dacă pentru unii reprezintă un eveniment care le grăbeşte maturizarea, făcînd astfel să dispară fenomenele nevrotice, pentru alţii poate constitui o cauză posibilă de conflicte.

Iatrogenia. S-au luat în considerare numai două din cele patru variante ale iatrogeniei menţionate de Pamfil şi Ogodescu (310): „ştiinţa incompletă sau eronată a medicului" şi „practica fără aptitudini şi măiestrie".

Dat fiind că riscul iatrogen depinde în bună măsură de „permeabilitatea" psihică — afectivă — de gradul de sugestibilitate a insului (184), acest factor de risc trebuie avut în vedere cu precădere la student, datorită atît desfăşurării procesului de maturizare afectivă, cît şi tensiunii emoţionale ridicate ce-i domină activitatea. Acestei „vulnerabilităţi" i se adaugă şi răspîndirea insuficientă a cunoştinţelor referitoare la particularităţile somatopsihice ale acestor tineri. Devine astfel posibilă interpretarea greşită a unor fenomene la limita normalului, în special manifestări zgomotoase ale labilităţii neuro-endocrino-vegetative sau, pe plan psihic, ale unor impasuri în cadrul procesului de maturizare, ca semne de îmbolnăvire. Stabilirea unui diagnostic eronat, precum şi recomandările igieno-dietetice şi terapeutice exagerate pe care le implică, pot deştepta tînărului preocupări ipohondrice, nosofobii şi complexe de inferioritate.

În cazul existenţei unor simptome funcţionale care-l alarmează pe student, chiar şi scurtarea dialogului medical poate fi dăunătoare pentru că-l privează pe tînăr de posibilitatea înţelegerii adevăratelor cauze ale tulburărilor, lăsîndu-l în continuare pradă îndoielii. Se ştie că tînărul se teme mai puţin de simptomul în sine, cît de posibila sa semnificaţie (310), fenomen ce impune utilizarea judicioasă a *cuvîntului*, „această armă care vindecă sau ucide", cum afirmă P. Cortez şi colab. (77). Dealtfel despre actualitatea eliminării iatrogeniei din practica medicală se vorbeşte din ce în ce mai des (13; 71; 323; 325; 328; 449).

Stări conflictuale diverse. Din mulţimea şi varietatea situaţiilor conflictuale şi a evenimentelor psihotraumatizante înglobate în această categorie, ne vom opri numai la factorul dificultăţi economice, a cărui contribuţie la instalarea unor dezadaptări nevrotice este destul de controversată. Astfel, în timp ce Michael (303) contestă factorului economic un rol etiologic, iar alţii îi evaluează incidenţa între 4% şi 7,7% (228; 303), J. Thomazi (citat de 417) apreciază că în anul universitar 1967—1968, dintre studenţii francezi cu tulburări nevrotice, la 21,4% dificultăţile economice ar fi provocat îmbolnăvirea.

Pe baza experienţei acumulate considerăm că de fapt, riscul pierderii dreptului la bursă poate constitui un factor stressant destul de virulent, care facilitînd inhibiţia studentului în examene şi eşecul, merită luat în considerare ca un factor de risc cu acţiune indirectă. În lotul studiat, pierderea bursei apare ca factor etiologic la 18,8% dintre subiecţi, mai frecvent la cei cu nevroze constituite — 28,3% şi mai rar la cei cu sindroame de suprasolicitare — 10,5%. Dacă într-adevăr uneori pierderea bursei echivalează cu apariţia unor dificultăţi economice de natură să pună sub semnul întrebării continuarea studiilor la cursurile de zi, alteori stressul este provocat de eşecul în sine sau de sentimentul de frustrare, de nerealizare a nivelului aşteptării. Se poate deci afirma că, *strictu sensu*, factorul economic rareori poate fi incriminat singur în etiologia dezadaptării — este cazul unor studenţi cu greutăţi familiale, al unora recent căsătoriţi fără asentimentul şi sprijinul material al părinţilor etc.

Scanned with OKEN Scanner

Factori de natură universitară. Greşeli de opţiune profesională.

Mai frecvent „coautoare" decît cauză primordială a dezadaptării, greşita alegere a profilului facultăţii reprezintă o problemă importantă de sanogeneză, pentru că dă naştere conflictului dintre „a vrea" şi „a trebui" şi „a putea", conflict ce se prelungeşte dincolo de etapa studiilor universitare, de-a lungul întregii activităţi profesionale. În lotul nostru acest factor apare cu rol determinant la numai 2,6% dintre pacienţi, incidenţa maximă — 4,8% — înregistrîndu-se la cei cu sindroame de suprasolicitare.

Suprasolicitarea. În trecut, personalităţi ca Charcot, Javal sau Galton nu admiteau posibilitatea intervenţiei oboselii la cei care studiau, pentru ca Binet, Broca, Kraepelin şi alţii să demonstreze contrariul (436). Deşi în final s-a considerat că solicitarea intensivă a elevului este necesară pentru prevenirea dezocupării şi antrenamentul mecanismelor cerebrale, ulterior s-a ajuns la concluzia că atît sub- cît şi suprasolicitarea sînt la fel de nocive, stabilindu-se norme fiziologice pentru activitatea fizică a tinerilor, precum şi pentru cea intelectuală a elevilor şi studenţilor.

Cercetările efectuate în masa studenţilor au arătat că apariţia surmenajului este favorizată de efortul lor adaptativ la *toate* particularităţile mediului universitar şi nu numai la volumul şi la dificultatea muncii prestate (13; 51; 71; 177; 180; 188; 246; 354; 404; 409; 413; 469).

Astfel s-a constatat că la apariţia suprasolicitării contribuie, pe lîngă factorii individuali, şi cei care sînt înglobaţi şi aşa-numitul risc studii-sănătate, precum şi o serie de factori familiali şi sociali. Tendinţei destul de răspîndite de a considera că suprasolicitarea se instalează întotdeauna ca o consecinţă a discrepanţei dintre exigenţele universitare şi dotarea intelectual-aptitudinală a tînărului, a neconcordanţei dintre vocaţia sa şi profilul de instruire profesională, a insuficientei sale motivaţii şi a stilului defectuos de administrare a bugetului timpului, i se opun datele culese prin intermediul numeroaselor studii efectuate în populaţia universitară în ultimele decenii. Datele obţinute demonstrează spre exemplu că stilul activităţii, lipsa de liniaritate a curbei de efort a studentului de-a lungul anului universitar, exagerata sa solicitare intelectuală reclamată de asimilarea cunoştinţelor, frecventele încălcări ale normelor de igienă şi de psihoigienă de care se fac vinovaţi, nu li se pot imputa exclusiv lor, de multe ori aceste comportamente necorespunzătoare reflectînd deficienţe ale organizării şi desfăşurării procesului de învăţămînt, carenţe pedagogice ale unora dintre cadrele didactice, condiţii obiective de disconfort în care-şi desfăşoară studiul individual sau tensiunile emoţionale generate de climatul afectiv familial şi din cadrul grupului de colegi, de factori social-economici universitari şi extrauniversitari.

Problema suprasolicitării dobîndeşte în cazul studentului, dimensiuni semnificative date fiind implicaţiile în nivelul performanţelor sale şcolare şi în nivelul viitoarei sale competenţe profesionale, în starea echilibrului său psihic, a cărui perturbare, chiar şi temporară, poate conduce la instalarea unei dezadaptări nevrotice, deloc de dorit într-un moment ca acela al definirii laturii afective şi psihosociale a viitorului adult matur.

Numeroşi autori atribuie surmenajului un rol favorizant pentru instalarea unei nevroze (18; 49; 66; 112; 123; 228; 229; 243; 319; 326; 451). Spre exemplu, C. Belciugăţeanu (23) sublinia faptul că este suficient să se ia în considerare hipersensibilitatea şi irascibilitatea individului surmenat pentru a susţine rolul determinant al suprasolicitării în declanşarea unei dezadaptări nevrotice.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul studentului, şi mai ales în perioadele de vîrf ale activităţii sale din preajma sesiunilor de examene, cînd din vina sa, ori datorită unor condiţii obiective generate în special de supradimensionarea orarelor din timpul semestrelor, se ajunge la munca „în asalt", surmenajul dobîndeşte atribute infranevrotice. Aceasta pentru că solicitarea excesivă a capacităţii de învăţare conduce la reacţii adverse cu tendinţa la evadare din ambianţă (122), la susceptibilitatea exagerată a atenţiei la factori perturbatori (E. Gulian, citat de 123), la îngustarea bazei motivaţionale şi operaţionale a organizării psihice, slăbind potenţialul valoric al structurii individului şi declanşînd pasivitate şi repulsie (19; 147; 413; 416; 417). Pentru că toţi aceşti factori scad randamentul studiului individual, apare şi un comportament perturbat, cele mai afectate fiind motivaţiile (268). Perturbarea comportamentului în cadrul studiului este determinată nu numai de solicitarea intelectuală intensă şi unilaterală, ci şi de o mare tensiune psihică (205) ce poate atinge nivel de alertă (173), instalîndu-se anxietatea. Această activare excesivă, al cărui substrat neurofiziologic constă din repercusiunile hiperactivităţii formaţiei reticulate asupra sistemului limbico-mezencefalic implicat în motivaţie (64; 378; 379; 380), compromite performanţele (122). Cauza activării excesive este de fapt legată de criza de timp şi de evaluarea riscului de eşec. Teoria constructelor persoanei, elaborată de Kelly, postulează că procesele unei persoane sînt canalizate din punct de vedere psihologic în funcţie de felul în care persoana anticipează fenomenele (311); această teorie este confirmată de cercetările lui Bartman (citat în 469), care demonstrează că intelectul persoanei încrezătoare în succes funcţionează mai eficient sub o tensiune mai redusă şi fără sentimentul de apăsare, în timp ce teama de eşec îl face pe individ dependent de situaţie, handicapat de apăsarea psihică şi de trăirea unei ameninţări permanente. Supraevaluarea riscului de eşec conduce, printre altele, şi la o comprimare a timpului subiectiv, ceea ce generează un cerc vicios. Studentul care învaţă în ultima clipă sau sub presiunea timpului, scrie W. Lüders (469), „biciuit" de criza de timp, tensionat, constrîns şi nu din iniţiativă proprie, constată că ideile se scurg şi grija se transformă în panică . . ." pentru că „este mai uşor de dirijat o mînă decît un gînd".

Ca un argument în favoarea faptului că nu numai cei lipsiţi de inteligenţă, aptitudini, vocaţie sau motivaţie pentru a studia ar fi expuşi suprasolicitării, este suficient exemplul tînărului hiperconştiincios, cu exces de motivaţie, cu o angajare axiologică pe fondul unui nivel de aspiraţie exagerat, tînăr care este tot atît de expus hiperactivărilor anxiogene (20; 266; 428). „Studentul avid să cunoască tot, este cuprins de un mare zel pentru studii şi lectură . . ." scrie J. Rousselet (374), „ . . . sporindu-şi dificultatea studiilor pentru că scormoneşte cu minuţiozitate prin toate ungherele programului său de învăţămînt. Niciodată mulţumit de eforturile sale, le reînnoieşte mereu şi depunînd o grijă excesivă pentru pregătirea examenelor, nu ezită să atace frontal specialităţi diferite spre a-şi înmulţi şansele de succes. Devenit un animal de concurs, el îşi consacră tot timpul liber şi de distracţii repetării materiei, operaţie adesea de prisos".

Odată instalată anxietatea, această „indecizie informaţională", cum o numesc Stössel şi Ogodescu, anxietate care echivalează cu un deficit de energie rezultat din imposibilitatea de a face faţă actului şi care semnifică dezordine (311), randamentul studiului individual scade şi mai mult şi studentul se vede constrîns să apese pe pedala „timp", mărind numărul orelor de studiu în dauna celor de somn şi de odihnă activă.

Se pune însă întrebarea de unde provine tendinţa frecventă a studentului

Scanned with OKEN Scanner

de a supraevalua riscul de eşec în examen. Pentru studentul începător trecerea la sistemul de învăţare selectivă, care se impune în universitate, reprezintă o problemă numai atîta vreme cît nu există o preocupare suficientă a tuturor cadrelor didactice de a transfera tînărului metodele de studiu corespunzător. Jahnke (469), sublinia că atîta timp cît stilul activităţii studentului rămîne rezultatul hazardului, al încercărilor şi eşecurilor, problemele nu pot fi abordate raţional. Necesitatea „învăţării" este o realitate de necontestat. Dar cît mai există distorsiuni ale demersului educaţional şi deficienţe ale educatorilor, persistă şi sursele potenţiale ale limitării sau anulării funcţiei de echilibrare a educaţiei. Exigenţa educatorului, efortul solicitat, sistemul educaţional — competitivitate, obligativitatea încadrării într-un program şi obligaţia stabilirii unor relaţii interpersonale în afara familiei, precum şi aceea de a suporta „dominaţia" educatorului ca pe o limitare a libertăţii spirituale, pot favoriza ecloziunea unui proces patologic latent, afirmă A. Sen (395). Chiar dacă nu preexistă un proces patologic în curs de organizare, completăm noi, aceste condiţii obiective pot contribui, la tînărul normal, la o hiperactivare prin supraevaluarea riscului de eşec. Neglijarea contactului formator dintre cadrul didactic şi student (412; 415) de-a lungul semestrului, iluzia că în facultăţi ar exista numai genii (469), cadre didactice care omit faptul că printr-o atitudine comprehensivă se potenţează înţelegerea cunoştinţelor predate şi conştiinţa propriei capacităţi de progres (Pelecier, citat de 395), condiţiile stressante în care se desfăşoară unele examene, supraîncărcarea programelor analitice, sînt cauze obiective ale stării de alertă ce domină activitatea studentului în preajma examenelor.

În sfîrşit, condiţiile în care se desfăşoară studiul individual în căminul de studenţi, unde intervin poluarea fonică, diferenţele caracterial-educative ale tinerilor şi cele ale orarului de lucru al colocatarilor, uneori lipsa sălilor de lectură, climatul generat de relaţiile interpersonale din cadrul microgrupului, iar în familie — atitudinea părinţilor faţă de activitatea tînărului, condiţiile psihologice şi de mediu pe care i le oferă — influenţează substanţial tensionarea sa psihică, deja foarte ridicată din cauza îngustării sferei preocupărilor şi sedentarismului (341), precum şi din cauza prospectării unui risc de eşec disproporţionat. În astfel de condiţii devine dificilă crearea unui stereotip de muncă şi de odihnă indispensabile valorificării capacităţii de efort (211) şi eficienţei studiului individual (431; 451).

Dar pentru a putea aprecia la justa lor valoare factorii citaţi şi potenţialul stressant de care dispun, trebuie să se ţină neapărat seama de terenul pe care acţionează. Dincolo de particularităţile individuale, traversarea postadolescenţei echivalează cu procesul de maturizare afectivă şi psihosocială a personalităţii sale, este un moment-cheie al dezvoltării individului, în care, conform opiniei lui Janet (205), s-ar putea produce o slăbire accentuală a energiei sale psihice. Procesul menţionat, care implică cristalizarea identităţii, frămîntările complexe şi tensiunile generate de elaborarea unei gîndiri independente, a structurării idealului propriu integrat în realitatea obiectivă (75), prin confruntarea imaginii sale ideale despre lume cu lumea reală, proces care suprapune intereselor profesionale, trebuinţa căutării viitorului partener de viaţă, explică marea sensibilitate a tînărului la evenimentele şi situaţiile din familie, din colectivitatea studenţească şi din societate. Rezultă o iritabilitate crescută care favorizează conflictele intersubiective, iar acestea, la rîndul lor, ridică şi mai mult nivelul activării. Rareori dificultăţile psihologice ale adolescenţei nu au răsunet asupra vieţii universitarilor, afirmă Danon-Boileau şi

Scanned with OKEN Scanner

colab. (469), iar simptomatologia ce apare este predominant deficitară, ca şi cum ar fi vorba de o afectare electivă a instrumentului intelectual şi al eficienţei. Aşa se explică abundenţa dezadaptărilor nevrotice şi a sindroamelor de suprasolicitare, ce apar exploziv în perioadele sesiunilor de examene şi tot astfel se explică unele dintre eşecurile la examen.

Într-un prim stadiu, parţial, oboseala mintală interesează structurile funcţionale implicate în activitatea respectivă, pentru ca în stadiul următor efortul de compensare să se manifeste prin fluctuaţiile randamentului şi, în ultimul stadiu, de generalizare, performanţa să scadă vertiginos. Odată depăşită capacitatea de muncă, surmenajul generează iniţial iritabilitate şi agresivitate, iar apoi scăderea activităţii, resemnare, izolare şi depresiune (123). Mai ales dacă aptitudinile şi motivaţia nu corespund activităţii desfăşurate, dar chiar şi în cazul cînd corespund, scăderea eficienţei muncii şi apariţia unor eşecuri face ca activitatea să fie trăită ca o frustrare (Dollard, citat de 413), fiind compromis suportul său motivaţional (Nuttin, citat de 75). În acest moment, studentul pierde acel „sentiment particular de memorie" (427) prin care faptele evocate sînt identificate şi recunoscute ca atare, apelează la memoria fotografică — inferioară memoriei supusă corectivului uitării — studiul nu mai satisface o trebuinţă motivată, studentul muncind numai sub presiunea obligaţiei sale de a promova examenele. Rezultatele se văd, aşa cum spunea Th. Huxley referindu-se la învăţămîntul secolului trecut din Anglia: „. . . studenţii muncesc pentru a promova, nu pentru a şti, iar natura se răzbună, ei promovează, dar nu ştiu . . ."

La al V-lea Congres internaţional de igienă şi medicină şcolară şi universitară desfăşurat la Praga în 1967, s-a subliniat faptul că, deşi surmenajul studentului reprezintă o stare subpatologică, adesea mascată de rezultate şcolare bune, acesta se situează împreună cu celelalte tulburări psihice, printre cele mai serioase probleme ale tinerilor universitari contemporani (Douady şi Buscaglione, 13; 71). Aceste concluzii se sprijină, printre altele, şi pe faptul că „dezvoltarea la maximum a unor calităţi intelectuale valoroase, însă în mod unilateral, nearmonios, creează o insuficientă capacitate de adaptare şi de rezolvare a problemelor individuale de viaţă atît pe plan biologic, cît şi social" (450), precum şi pe semnalarea unor schizofrenii dobîndite, pornite de la un surmenaj, de către Fromenty şi colab. (citaţi de 318).

Amploarea dată discuţiei referitoare la suprasolicitarea studentului este justificată de importanţa acestui risc pe toate planurile: al dezvoltării personalităţii tînărului, al nivelului cunoştinţelor şi creativităţii sale viitoare ca specialist, al perspectivei corectei sale inserţii în viaţă şi profesie. Toate argumentele sintetizate în paginile anterioare vizează îndepărtarea dubiilor ce mai dăinuiesc asupra veridicităţii unei suprasolicitări a studentului, a tendinţei de a atribui în exclusivitate tînărului vina creării condiţiilor favorabile instalării surmenajului. Această ultimă tendinţă pare să reflecte o modalitate depăşită de înţelegere a reacţiei individului la solicitările mediului, şi anume omiterea factorului intermediar dintre stimulare şi răspuns, care este personalitatea celui în cauză. În acest spirit, sarcina şcolară căreia trebuie să-i facă faţă studentul, sarcină *dată* prin planul de învăţămînt, omite existenţa factorilor de risc studii-sănătate şi a factorului student, care au capacitatea de a spori dimensiunea reală a sarcinii, dată teoretic, pînă la un nivel ce face posibilă suprasolicitarea.

Considerînd că printre aspectele „umanizării" învăţămîntului, despre care vorbesc experţii în medicina universitară, se înscrie şi asigurarea condiţiilor necesare instruirii şi dezvoltării fiecărui tînăr apt de a deveni un spe-

Scanned with OKEN Scanner

cialist cu înaltă calificare, am conceput un model care prezintă sintetic principalii factori care participă la transformarea sarcinii şcolare date, teoretic, în sarcina şcolară *reală* a studentului, precum şi sensul acţiunii potenţiale a acestor factori (182). Modelul *să se facă folosind o optică integrativă, înglobînd interacţiunea dintre sarcina dată studentului prin planul de învăţămînt cu condiţiile efective de desfăşurare a procesului de învăţămînt, cu condiţia de student şi cu situaţia reală*

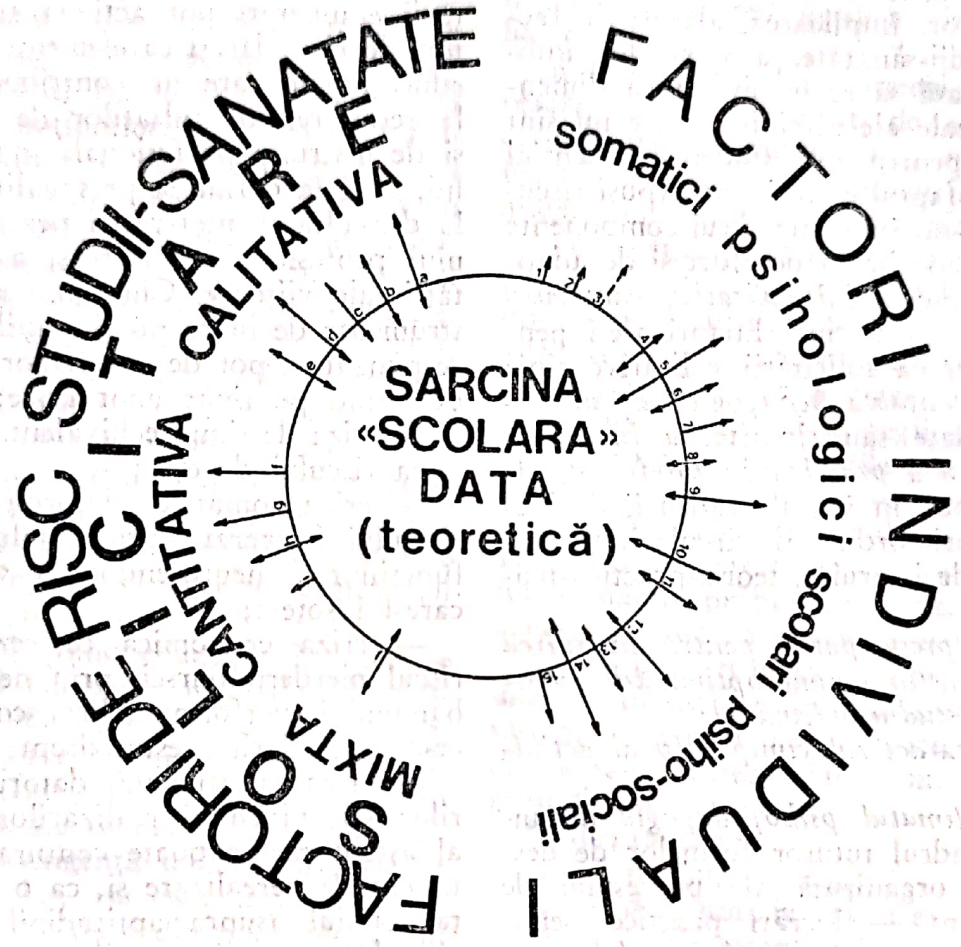


Fig. 7 — Factorii ce influenţează dimensiunile reale ale sarcinii şcolare a studentului, transformînd sarcina şcolară dată — teoretic — în sarcina sa reală:

a — calitatea pedagogică a cursurilor, lucrărilor practice şi a practicii în producţie; *b* — preocuparea pentru instruirea studenţilor în scopul optimizării metodelor de studiu individual; *c* — caracterul competitiv al activităţii; *d* — climatul psihopedagogic şi metodele educative utilizate; *e* — condiţiile în care se desfăşoară studiul individual; *f* — încărcarea programei analitice; *g* — cuantumul orarului zilnic şi ritmicitatea celui săptămînal; *h* — volumul sarcinilor extraşcolare; *i* — timpul necesar deplasărilor (cămin-cantină-facultate-bibliotecă-practica în producţie) şi procurării cursurilor şi materialului bibliografic; *j* — temele de cercetare.

1 — terenul somatic; *2* — deprinderi igienice; *3* — boli somatice intercurente; *4* — trăsăturile şi gradul de maturizare a personalităţii; *5* — aptitudini; *6* — vocaţie, motivaţie; *7* — nivelul de aspiraţie şi cel de aşteptare; *8* — performanţele şcolare anterioare; *9* — deprinderile psihoigienice (în special cele privitoare la administrarea bugetului de timp şi la traiectoria curbei de efort); *10* — nivelul pregătirii de bază; *11* — metodele de studiu individual; *12* — factori din mediul psihofamilial; *13* — factori din mediul psihosocial; *14* — factori legaţi de sexualitate; *15* — factori economici, inclusiv riscul pierderii bursei.

imaginat cuprinde factorii cei mai reprezentativi, în stare să demonstreze elocvent că *aprecierea sarcinii reale cu care este confruntat studentul trebuie a studentului*. Subestimarea interacţiunii menţionate poate conduce la formarea unei imagini nerealiste a cărei consecinţă este favorizarea înmulţirii eşecu-

Scanned with OKEN Scanner

rilor şcolare şi a celor adaptative ale acestor tineri.

În modelul prezentat în fig. 7, sarcina dată teoretic este reprezentată de aria cercului, iar factorii capabili să o redimensioneze apar sub forma unor vectori ce tind să lărgească sau să restrîngă aria cercului, în funcţie de sensul acţiunii lor. Implicarea, alături de factorii studii-sănătate, a factorilor individuali lasă să se întrevadă că dimensiunile reale ale sarcinii şcolare nu sînt aceleaşi pentru toţi studenţii. Esenţial este însă faptul că toţi sînt expuşi riscului studii-sănătate, ale cărui componente solicită capacitatea de efort şi de adaptare a studentului *calitativ*, *cantitativ* sau *global*. Cei cinci factori aleşi pentru ilustrarea solicitării calitative sînt:

a — calitatea pedagogică a cursurilor, predate sau tipărite, *a lucrărilor practice şi a practicii în producţie*, ultimele două în sensul realizării dezideratului primordial al circularităţii sistemului de instruire, teorie-practică-teorie;

b — preocuparea pentru instruirea studenţilor în scopul optimizării metodelor de studiu individual;

c — caracterul competitiv al activităţii;

d — climatul psihopedagogic instaurat în cadrul tuturor formelor de desfăşurare organizată ale procesului de învăţămînt — lucrări practice, seminarii, examene etc. — şi *metodele educative* utilizate de autoritatea instituţională atît în cadrul activităţii universitare, cît şi al celei extraşcolare;

e — condiţiile în care se desfăşoară studiul individual: confortul somatic — abitaţie, alimentaţie, cultură fizică — şi climatul psihologic din cadrul microgrupului de colegi, reflectare a interacţiunii dintre personalităţile lor.

Pentru exemplificarea solicitării cantitative am selecţionat patru factori:

f — încărcarea programei analitice;

g — cuantumul orarului zilnic şi ritmicitatea celui săptămînal;

h — volumul sarcinilor extraşcolare;

i — timpul necesar deplasărilor (cămin-cantină-facultate-bibliotecă-practica în producţie) *şi procurării cursurilor şi materialului bibliografic.*

În sfîrşit, am ales ca exemplu de solicitare globală:

j — temele de cercetare.

După cum reiese şi din fig. 7, factorii enumeraţi pot acţiona şi ca factori de risc, dar şi ca elemente pozitive educaţionale care nu contribuie numai la reducerea dificultăţilor de adaptare şi de instruire profesională a studentului, ci şi la definirea personalităţii sale, la dezvoltarea motivaţiei pentru domeniul profesional abordat şi a creativităţii sale viitoare. Cînd însă aceste instrumente de lucru nu sînt utilizate corespunzător, pot deveni factori de risc, expunînd pe tînăr unor crize:

— criza de timp, echivalentă cu creşterea riscului de eşec;

— criza somatică, datorită sedentarismului exagerat, surmenajului şi disfuncţiilor neuro-endocrino-vegetative care-l însoţesc;

— criza economică ce rezultă din riscul pierderii bursei, prin neatingerea baremului performanţelor şcolare necesare acordării acestui drept;

— criza vocaţională, datorită eşecurilor sau nivelului realizărilor sub cel al aşteptării; se poate contura un sentiment de nerealizare şi, ca o consecinţă, dubiul asupra aptitudinilor şi suportului vocaţiei proprii, mergînd pînă la prăbuşirea motivaţiei, iar alteori dînd naştere unui sentiment de frustrare;

— criza afectivă, rezultată din suprapunerea dificultăţilor de adaptare peste criza de maturizare, exprimată în sentimentul de însingurare şi de carenţă afectivă; dacă intervine eşecul şcolar, sînt puse sub semnul întrebării sensul efortului şi şansele de succes în viaţă.

Toate aceste fenomene, manifestări ale unui impas adaptativ, favorizat şi de incompleta maturizare a personalităţii, variază ca intensitate şi în funcţie de amplitudinea riscului studii-sănătate, fenomene care pot declanşa, mai

Scanned with OKEN Scanner

ales la tinerii cu un teren psihic mai labil, o criză de personalitate, cu deformarea imaginii propriei identităţi şi a propriilor aspiraţii.

Pentru un plus de claritate prezentăm cîteva exemple de modul în care pot acţiona unii dintre factorii enumeraţi (fig. 7).

Calitatea pedagogică a cursurilor, lucrărilor practice şi practicii productive (factorul „a") poate acţiona fie în sensul facilitării, fie în cel al îngreuierii asimilării noţiunilor, germinării gîndirii de specialitate şi dezvoltării motivaţiei pentru domeniul abordat. Practica în producţie care, ca şi lucrările de laborator, trebuie să se înscrie în procesul de învăţare ca un mijloc de asimilare, fixare şi consolidare a cunoştinţelor, pregătind creativitatea viitorului specialist, îşi poate pierde aceste atribute dacă este organizată formal. În astfel de condiţii, studentul trăieşte un sentiment de inutilitate a efortului depus, de pierdere a unui timp preţios, ceea ce frînează în loc să accelereze procesul de maturizare.

Climatul psihopedagogic în care se desfăşoară cursurile, lucrările de laborator, seminariile şi examenele, metodele educative folosite, aspectele docimologice (factorul „d") pot acţiona în dublu sens, fie favorizînd adaptarea tînărului la exigenţa universitară, fie ca factor de risc, aşa cum se întîmplă în cazul erorilor de ordin docimologic sau cînd metodele educative nu sînt adaptate particularităţilor şi gradului de maturizare a personalităţii, situaţiei obiective a celui în cauză şi dimensiunilor *reale* ale sarcinii cu care acesta se confruntă. În asemenea cazuri se instalează inhibiţia, anxietatea, autosubestimarea, fobia de examene etc.

Supraîncărcarea programei analitice (factorul „f") rezultă adesea din adăugarea „noului", fără a se renunţa la ceea ce s-a perimat, prin supradimensionarea tematicii pentru unele discipline ajutătoare şi prin lipsa de echilibru între programele diferitelor discipline. Un tip particular de suprasolicitare rezultă în cazul tendinţei de încărcare a memoriei studentului cu date şi amănunte, date care în practica profesională se extrag din formularele tehnice. Efortul de a le memora este perceput ca inutil, surmenează şi subminează capacitatea de selectare a esenţialului şi implicit formarea gîndirii de specialitate.

În fine, factorul „j", temele de cercetare, mijloc excelent de asimilare, consolidare şi reutilizare a noţiunilor teoretice, de formare a gîndirii, de stimulare a motivaţiei şi creativităţii, pot acţiona negativ dacă depăşesc, calitativ sau cantitativ, posibilităţile studentului, dacă sprijinul cadrelor didactice este insuficient. Aceasta pentru că, datorită plusului lor de atractivitate, tînărul este tentat să-şi neglijeze sarcinile curente, iar rămînerile sale în urmă se compensează ulterior cu preţul surmenajului. Cînd studentul nu reuşeşte să finalizeze cercetarea, apare o autosubestimare, prăbuşirea motivaţiei şi aceasta facilitează eşecul la examene.

În ceea ce priveşte factorii *individuali*, acţiunea lor de redimensionare a sarcinii şcolare date se poate exercita direct sau indirect. Iată cum au fost grupaţi aceşti factori:

factori *somatici*:

1 — terenul somatic;

2 — deprinderile igienice;

3 — bolile somatice intercurente;

factori *psihologici*:

4 — trăsăturile şi gradul de maturizare a personalităţii;

5 — aptitudinile;

6 — vocaţia, motivaţia;

7 — nivelul de aspiraţie şi cel de aşteptare;

8 — performanţele şcolare anterioare;

9 — deprinderile psihoigienice (în special cele privitoare la administrarea bugetului de timp şi la traiectoria curbei de efort);

factori *„şcolari"*:

10 — nivelul pregătirii de bază;

Scanned with OKEN Scanner

11 — metodele de studiu individual;
factori *psihosociali:*
12 — factori din mediul psihofamilial;
13 — factori din mediul psihosocial;
14 — factori legaţi de sexualitate;
15 — factori economici, inclusiv riscul pierderii bursei.

Sintetizînd, se pot considera expuşi *direct* riscului suprasolicitării tinerii cu un teren somatic fragil sau cei care suferă îmbolnăviri somatice intercurente (factorii 1 şi 3), cei lipsiţi de aptitudine (factorul 5) sau cu o pregătire de bază necorespunzătoare (factorul 10), dar şi cei care nu reuşesc să-şi adapteze metodele de studiu individual cerinţelor universitare (factorul 11) şi cei care îşi administrează greşit bugetul timpului (factorul 9), uneori constrînşi şi de probleme de ordin economic (factorul 15). *Indirect*, nivelul solicitării poate fi influenţat de persistenţa labilităţii neuroendocrino-vegetative (factorul 1) şi de deprinderile igienice (factorul 2) — ambele repercutîndu-se asupra capacităţii de efort — de cunoştinţele şi de deprinderile psihoigienice (factorul 9), de concordanţa dintre vocaţie şi profilul facultăţii frecventate (factorul 6), de nivelul aşteptării (factorul 7), de performanţele anterioare la învăţătură (factorul 8), de climatul şi evenimentele din mediul psihofamilial şi psihosocial (factorii 12 şi 13) şi de efervescenţa problemelor de sexualitate (factorul 14), aceasta din urmă depinzînd, la rîndul său, de particularităţile şi de gradul de maturizare sau scădere a personalităţii (factorul 4). Toţi factorii enumeraţi pot creşte sau scădea eficienţa efortului de adaptare şi de instruire a studentului, prin influenţa exercitată asupra capacităţii de concentrare a atenţiei şi asupra motivaţiei.

Datele ce urmează, extrase din studii efectuate în Centrul universitar Bucureşti, aduc argumente statistice în favoarea ideilor ce se degajă din modelul prezentat. Astfel, din 400 de studenţi neselecţionaţi, ce frecventau un institut tehnologic, 39,4% dintre cei cu rezultate slabe la învăţătură şi 24% dintre cei cu rezultate bune şi foarte bune, se plîngeau de caracterul obositor al activităţii lor (109). Un alt sondaj, care a cuprins 875 de studenţi din facultăţi diferite, a scos la iveală faptul că 45% dintre ei nu se adaptaseră mediului din căminul studenţesc, 10% nu se integraseră în colectivul de colegi, 41% învăţau numai în sesiunile de examene, 25% prelungeau studiul individual pînă la miezul nopţii sau chiar mai tîrziu, 40% se simţeau obosiţi după 6 ore de program la facultate, 71% negau să fi primit îndrumări eficiente din partea cadrelor didactice pentru optimizarea metodelor lor de studiu individual.

În sfîrşit, ştiut fiind că surmenajul este un indicator al perturbării mecanismelor de adaptare ale organismului (123), constatarea incidenţei ridicate a suprasolicitării printre factorii etiologici determinanţi la lotul studenţilor cu nevroze constituite — 23,7% (tabelul VII) — poate fi interpretat ca un argument în favoarea riscului transformării surmenajului într-o dezadaptare nevrotică, mai ales cînd acesta coexistă cu alte evenimente sau situaţii stressante, totul suprapus unei personalităţi în curs de maturizare.

Într-un studiu efectuat de Predescu şi colab. (349), pe un lot de 165 de studenţi nevrotici, se semnalează prezenţa suprasolicitării — evaluată subiectiv — la 71% dintre pacienţi.

Datele selecţionate în tabelul XI relevă cîteva aspecte demne de reţinut în sensul afirmaţiei de mai sus.

E ş e c u r i u n i v e r s i t a r e ş i l a e x a m e n. Aspectele discutate anterior în cadrul analizei substratului pregătirii şi instalării suprasolicitării sînt elocvente pentru a ilustra climatul din colectivitatea studenţească, acea „febră a examenelor", precum şi modalităţile cele mai frecvente de manifestare a reacţiei tinerilor în perioada de vîrf a activităţii lor, înaintea desfăşurării exa-

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XI

Date referitoare la cei 400 de studenţi cu sindroame de suprasolicitare cuprinşi în lotul cercetat

	Total	Pacienţi din institute:	
		tehnice	netehnice
Pacienţi din anul I	28,5 %	23,3 %	31,6 %
Pacienţi din anul II	20,7 %	27,3 %	16,8 %
Pacienţi din anul III	26,5 %	22,7 %	28,8 %
Pacienţi din anii IV, V şi VI	24,3 %	26,7 %	22,8 %
Proporţia studentelor	42,5 %	30,0 %	49,6 %
Pacienţi de peste 25 de ani	25,3 %	18,0 %	25,6 %
Pacienţi căsătoriţi	12,8 %	10,7 %	14,0 %
Pacienţi originari din afara Centrului universitar Bucureşti	75,7 %	71,3 %	76,8 %
Pacienţi angajaţi în producţie înainte de admiterea lor în facultate	38,7 %	28,0 %	45,2 %
Pacienţi care muncesc extrauniversitar pentru a-şi rotunji veniturile	20,0 %	16,7 %	22,0 %
Pacienţi care au absolvit liceul la cursuri serale sau la forma fără frecvenţă	11,0 %	12,0 %	10,4 %
Pacienţi cu opţiune profesională necorespunzătoare vocaţiei	29,3 %	24,0 %	32,4 %
Pacienţi cu orar săptămînal la facultate de peste 30 de ore	91,7 %	92,0 %	91,6 %
Etiologia suprasolicitării:			
universitară	80,3 %	88,7 %	75,2 %
extrauniversitară	19,7 %	11,3 %	24,8 %

menelor. Aspectele semnalate justifică aserţiunea lui I. Wagner (469) „. . . examenul reprezintă un punct de vîrf al unui sistem de multă vreme tensionat". Pregătirea acestui vîrf al tensiunii emoţionale rezidă în însăşi interacţiunea dintre tînăr şi facultate şi mai ales în aceea dintre el şi profesor, ultimul aspect dobîndind o semnificaţie majoră în „situaţia de examen" care trebuie privită ca un fenomen social, fiind vorba de un eveniment între doi oameni. Freeman şi alţi autori subliniază că situaţia de examen generează încordare, fiind stressantă. Or, stressul se manifestă atît pe planul emoţional, cît şi pe cel intelectual, diminuînd capacitatea de înţelegere şi viteza de reacţie, făcînd loc unei gîndiri stereotipe şi rigide. Cu cît există mai multă frică, afirmă Michel, produsul activităţii inteligente va fi de calitate mai proastă. La rîndul său, Danon-Boileau (citat de C. Bloch în 469) evidenţia şi mai categoric caracterul stresant al examenului, scriind că „. . . examenul sau concursul este un fapt brutal, unic, marcat de carenţe subiective şi obiective; munca unui an întreg, deci destinul unei vieţi se hotărăşte în cîteva minute sau cîteva ore". Dealtfel pentru „antrenamentul emoţional" al studentului, Sperling şi Friedrich (469) recomandă testări repetate ale nivelului pregătirii studentului de-a lungul anului universitar, idee pe care o regăsim şi la I. Wagner; aceste testări se aplică în ultimii ani în învăţămîntul superior din ţara noastră. Tot astfel, munca sistematică în grupa de studenţi, despre care vorbeşte French (1968) ca de o modalitate de creştere a toleranţei la frustraţii şi încordări a tînărului prin apartenenţa sa la grup, se aplică în cadrul activităţii de cercetare.

În orice caz, deşi frica de examen nu este recunoscută ca o „boală" adevărată (Puchta şi Ziolko, 469), ea este o realitate de care nu se poate face abstracţie, fiind un fenomen de masă, dovadă afluenţa studenţilor la consultaţie la toate cabinetele din ambulatorul

Scanned with OKEN Scanner

pentru studenţi, în lunile în care se desfăşoară sesiunile de examene. Malleson (citat de Oxtoby, 469) constată că din 120 de studenţi din anul I de studii, 59 prezentau tulburări din cauza efortului şi tensiunii dinaintea examenelor, a fricii din timpul examenelor şi a depresiunii instalate după examene.

Prin urmare, situaţia de examen are în mod cert un caracter stressant, cu forţă de impact net superioară pentru tînărul nevrotic, în cazul căruia se pot reactualiza conflicte nevrotice mai vechi (Ziolko), cu atît mai mult, cu cît între temerile nevrotice, autosubestimare şi dificultăţi şcolare, există o relaţie de reciprocitate.

Acest atribut stressant variază printre altele şi în funcţie de atitudinea cadrului didactic. Spre exemplu, atunci cînd se omite faptul că solicitarea intensă a capacităţii de abstractizare, reclamînd o concentrare perfectă a atenţiei, poate face ca factorul stressant cel mai neînsemnat să compromită efortul (123). O astfel de situaţie se realizează cînd stilul de predare este defectuos, dînd loc la confuzii, ceea ce trezeşte anxietate şi poate amorsa reacţii dezadaptate de revoltă, evadare sau indiferenţă (J. Brunner, citat de 94). O altă situaţie se creează în cazul cînd se subestimează rolul ortopedagogic al climatului în care se desfăşoară activitatea de instruire. Adoptarea unei atitudini rigide, cu criticism exagerat şi minimalizarea succeselor, nu anulează numai influenţa pozitivă a simpatiei reciproce dintre discipol şi pedagog asupra motivaţiei şi performanţelor la învăţătură (94), ci îi şi paralizează pe cei hipersensibili (123; 374).

Este de la sine înţeles că atunci cînd intervin astfel de comportamente „neobişnuite" ale unor cadre didactice în timpul desfăşurării examenelor (W. Wallermann), „capricii ale examinatorului" (R. Oxtoby) sau carenţe docimologice (415), cum şi aşa atribuirea notelor provoacă inhibiţie şi blocaj, dată fiind utilizarea lor ca un „criteriu de selecţie şi repartizare a şanselor" (J. Meinhardt, 268), se creează condiţii favorabile eşecului la examen. În această ordine de idei, V. Pavelcu (citat în 49) scria: „. . . aprecierea obiectivă constituie o pîrghie de imensă valoare în munca efectuată de profesor în vederea formării personalităţii elevului . . .", iar Savina (citat în 49) sublinia, la rîndul său, rolul nefast al greşitei aprecieri a răspunsurilor şi pregătirii elevului, greşeli ce pot genera „rezistenţe interioare" şi, completăm noi, conduite de eşec. Alţi autori semnalează faptul că uneori nu se ţine seama de criteriul esenţial ce trebuie să guverneze acordarea notelor: gradul de integrare a studentului în procesul de învăţămînt, integrare ce poate fi apreciată în funcţie de cantitatea şi calitatea asimilării, de atitudinea faţă de disciplina respectivă, de corespondenţa aptitudinilor, de gradul de adecvare şi de integrare în acest ansamblu de solicitări.

Ţinînd seama de tot mozaicul factorial, posibil implicat în facilitarea eşecului la examen, va fi uşor de admis că eşecul nu reflectă în mod obligatoriu inteligenţa insuficientă a celui în cauză (Burt, 463), comportarea tînărului fiind condiţionată tot atît de mult de caracterul şi de nivelul său intelectual, cît şi de climatul familial şi afectiv în care a fost crescut (374).

Eşecul la un examen va declanşa o reacţie cu coloratură nevrotică, numai în situaţia cînd acesta va apărea ca surprinzător sau cînd va fi perceput ca o frustrare. Intensitatea reacţiei poartă în mod neîndoielnic amprenta „fragilităţii şi inconsistenţelor personalităţii tînărului" (195), depinzînd de un „coeficient" individual (J. Nuttin, citat de 75), de implicaţiile şcolare ale eşecului — pierderea bursei, repetenţie, exmatriculare — şi în mare măsură de „receptia" şi reacţia la eşec a familiei şi a colectivităţii studenţilor, ceea ce echivalează şi cu o sensibilizare la mediu.

Dacă părinţii reacţionează printr-o critică aspră, nejustificată, prin acuza-

Scanned with OKEN Scanner

ții neîntemeiate, tînărul se va considera neînțeles, respins și devalorizat tocmai de către aceia de la care aștepta un sprijin, ceea ce poate contribui la o prăbușire a autoîncrederii sau la apariția unui sentiment de culpabilitate și de carență afectivă, dezadaptarea dobîndind o coloratură anxioasă sau depresivă. Cînd și colectivitatea studențească procedează de aceeași manieră, el se va simți însingurat, anxietatea se va proiecta în viitor cu supraevaluarea riscului de noi eșecuri, cu prăbușirea motivației, cu tendințe introversive și de desprindere de realitate, putînd aluneca fie pe panta unei depresiuni, fie spre dezvoltarea unei reacții fobice. Independent de coloratura tabloului clinic, dublul eșec — adaptativ și școlar — facilitează noi nereușite școlare și concomitent adîncește nevroza. În unele împrejurări aceste adevărate reacții în lanț pot conduce la abandonul universitar, la pierderea unor elemente dotate și de perspectivă. Afirmația se bazează pe experiența personală și a altor autori, care subliniază inexactitatea opiniei conform căreia cel care se inhibă în examen ar avea și în viitor în mod obligatoriu eșecuri și în profesie (Puchta și Ziolko, 469).

Trebuie de asemenea semnalat că o reacție dezadaptată alarmantă, cu aspecte atipice, se cere urmărită cu mare atenție pentru că poate reprezenta factorul declanșator al unei schizofrenii latente.

În lotul nostru (tabelul VII), eșecul școlar a fost incriminat în determinismul a 13,1% din cazuri, incidență similară celei stabilite de Predescu și colab. (349) — 18%. Cum era și de așteptat, factorul menționat atinge incidența maximă în grupul pacienților cu reacții nevrotice: 22,7%.

Factori universitari diverși. Ponderea lor redusă în constelația factorilor determinanți — 3,2% — ne scutește de a-i analiza; precizăm numai că în această grupă am inclus conflictele cu colegii, cu cadrele didactice sau cu autoritatea instituțională.

Factori sateliți, probabil favorizanți. Printre aceștia am inclus acei factori care prin pre- sau coexistența lor cu debutul dezadaptării nevrotice, păreau să fi exercitat o acțiune de facilitare a dezadaptării. Consemnați în tabelul VII, factorii sateliți grupați în același fel ca și cei determinanți, nu reclamă explicații suplimentare.

Constelații factoriale

Sinteză a etiologiei, constelația factorială permite să se evalueze diferențiat contribuția celor două categorii de factori — universitari și extrauniversitari — la instalarea dezadaptărilor nevrotice și, concomitent, măsura în care se poate sau nu vorbi de o patologie nevrotică proprie studentului.

Datele din tabelul XII dezvăluie două aspecte semnificative:

TABELUL XII

Repartizarea procentuală a cazurilor studiate în funcție de natura factorilor incriminați în etiologia dezadaptării nevrotice

	Natura factorilor etiologici:			
	aparent determinanți:		*sateliți:*	
	universitari	*extra-universitari*	*universitari*	*extra-universitari*
Totalul cazurilor	42,7	57,3	45,5	54,5
Nevroze constituite	29,8	70,2	42,9	57,1
Dezadaptări acute	55,6	44,4	48,1	51,9
Reacții nevrotice	26,8	73,2	56,0	44,0
Sindroame de suprasolicitare	82,3	17,7	44,9	55,1

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XIII

Proporţia cazurilor la care dezadaptarea nevrotică s-a instalat după începerea studiilor universitare şi natura factorilor implicaţi în etiologia dezadaptării

	Întregul lot studiat	*Nevroze constituite*	*Reacţii nevrotice*	*Sindroame de suprasolicitare*
Procentul cazurilor cu debut după începerea studiilor universitare	84,9	73,5	93,8	86,9
Cazuri cu etiologie *unifactorială*:	23,0	9,6	26,6	35,3
de natură universitară	69,8	53,6	25,0	100,0
de natură extrauniversitară	30,2	46,4	75,0	—
Cazuri cu etiologie *multifactorială*:	77,0	80,4	73,4	64,7
de natură universitară	54,1	45,3	27,8	86,7
de natură extrauniversitară	45,9	54,7	72,2	13,3

a — factorii determinanţi implicaţi în instalarea nevrozelor constituite şi reacţiilor nevrotice sînt în majoritatea cazurilor de natură extrauniversitară, în timp ce în cazul sindroamelor de suprasolicitare, aceşti factori sînt aproape totdeauna de natură universitară;

b — diferenţa semnalată dispare cînd ne referim la factorii favorizanţi — sateliţi —, contribuţia celor două categorii de factori — universitari şi extrauniversitari — fiind aproape egală în toate cele trei tipuri de dezadaptare.

Pentru o justă interpretare a acestor aspecte, ţinînd seama de ponderea ridicată a pacienţilor ce depăşesc vîrsta normală a studenţiei — 30,2% —, se impune o reevaluare a datelor, numai pe baza observaţiilor referitoare la pacienţii la care dezadaptarea nevrotică s-a instalat *după* admiterea lor în facultate (tabelul XIII).

Din tabelul XIII rezultă că:

— majoritatea pacienţilor cuprinşi în lotul nostru s-au îmbolnăvit după admiterea lor în facultate;

— etiologia unifactorială a dezadaptărilor nevrotice este rară în cazul studenţilor, nici chiar în cazul sindromului de suprasolicitare nedepăşind o treime din observaţii;

— la pacienţii cu etiologie unifactorială, exceptînd sindroamele de suprasolicitare care au în toate cazurile o etiologie universitară, reacţiile nevrotice sînt produse de trei ori mai frecvent de factorii extrauniversitari, în timp ce nevrozele constituite se dovedesc a fi provocate în proporţie cvasiegală de cele două categorii de factori etiologici;

— etiologia multifactorială este mult mai frecvent întîlnită decît cea unifactorială în cazul afecţiunilor nevrotice la studenţi; dacă la nevrozele constituite nu apare o diferenţă semnificativă în ceea ce priveşte participarea celor două categorii de factori — universitari şi extrauniversitari —, în cazul dezadaptărilor acute, reacţiile nevrotice se diferenţiază net de sindroamele de suprasolicitare, în sensul că primele reflectă virulenţa factorilor extrauniversitari, în timp ce sindroamele de suprasolicitare sînt în imensa majoritate a cazurilor consecinţa acţiunii factorilor de risc universitari.

Concluzii etiologice

În fond se poate conchide asupra rolului *patoplastic* jucat de mediul şi exigenţa universitară, dată fiind ponderea semnificativă a cazurilor în care afecţiunea nevrotică s-a instalat, cel puţin favorizată, dacă nu determinată de mozaicul factorilor riscului studii-sănătate. Totodată se poate susţine marea sensibilitate a studentului la acţiunea factorilor stressanţi, indiferent de natura lor. Acest ultim aspect poate fi pus pe seama coincidenţei solicitărilor adaptative

Scanned with OKEN Scanner

impuse de statutul său de student cu desfăşurarea fazei de definire a laturii afective şi psihosociale a personalităţii sale. Această coincidenţă pune tînărului problema unei judicioase serieri a celor trei trebuinţe ce se cer satisfăcute concomitent: pregătirea inserţiei sale în viaţă, pregătirea sa profesională şi găsirea partenerului de viaţă. Cum pentru o distribuţie raţională a energiei în cele trei direcţii este nevoie de flexibilitate şi de un grad de maturitate pe care aceşti tineri nu l-au dobîndit încă, este uşor de intuit că depăşirea cu succes a dificultăţilor va fi posibilă în funcţie de „normalitatea" terenului psihic şi de gradul său de maturizare, dobîndit anterior abordării studiilor superioare, sub acţiunea unei educaţii corespunzătoare. Cu alte cuvinte, chiar atunci cînd intervine un impas adaptativ de-a lungul etapei studiilor universitare, acest impas va avea un caracter infranevroti va fi efemer şi va avea un rol pozitiv, de maturizare, pentru tînărul normal. Cînd însă impasul intervine pe un teren „fragil", el va dobîndi caracter nevrotic, iar evoluţia sa prelungită va risca să accentueze predispoziţiile şi să compromită definirea normală a personalităţii. Scopul studiului etiologic poate astfel considerat atins, de vreme ce permite concluzii practice, cum ar fi aceea a necesităţii acordării unei atenţii deosebite problemelor ridicate de interacţiunea dintre nivelul ridicat al solicitărilor tînărului pe multiple planuri şi caracterul patoplastic al mediului şi al activităţii universitare. Eliminarea totală a factorilor de risc studii-sănătate fiind imposibilă, se impune să se acorde înţelegere şi sprijin multilateral studentului aflat în impas adaptativ, chiar dacă in- sau dezadaptarea nu a depăşit intensitatea infranevrotică.

Mecanisme psihodinamice şi patogenice

Pentru că în categoria afecţiunilor nevrotice întîlnite la studenţi am inclus şi forme infranevrotice de dezadaptare, este firesc să prezentăm mecanismele psihodinamice care reprezintă substratul lor ipotetic. Subliniem faptul că aceste stări infranevrotice nu echivalează cu stările prenevrotice, înţelese în accepţiunea şcolii bucureştene de psihiatrie, în sensul că starea infranevrotică pe care o întîlnim la student, se situează la limita extremă a normalului, putîndu-se instala la tînărul cu un teren psihic perfect normal; perturbările funcţionale ale psihismului cărora le dă naştere sînt, deşi zgomotoase, foarte superficiale şi efemere şi ele se pot repeta de-a lungul studiilor universitare, de cele mai multe ori în perioada de vîrf a activităţii studentului, fără a lăsa vreo urmă. Aceste perturbări ar putea fi considerate evenimente, impasuri adaptative şi de maturizare ale personalităţii, care-şi merită un statut aparte în virtutea implicaţiilor lor asupra performanţelor şcolare şi a capacităţii lor de sensibilizare a tînărului la factorii de risc cei mai diverşi. Intervenţia unui astfel de impas pe un teren psihic fragil poate echivala cu percutarea unei amorse, făcînd să explodeze o încărcătură preexistentă care să compromită un echilibru suficient de instabil.

Spre deosebire de aceste mecanisme psihodinamice, mecanismele patogenice se referă la acele stări care încalcă deja teritoriul psihopatologic desemnat a fi învecinat graniţei între normal şi patologic. În schema din figura 8 am imaginat un model care să înlesnească înţelegerea a ceea ce este particular în instalarea unor dezadaptări infra- sau nevrotice în cazul studentului, considerînd că modelul permite concomitent sesizarea punctelor nodale ale mecanis-

Scanned with OKEN Scanner

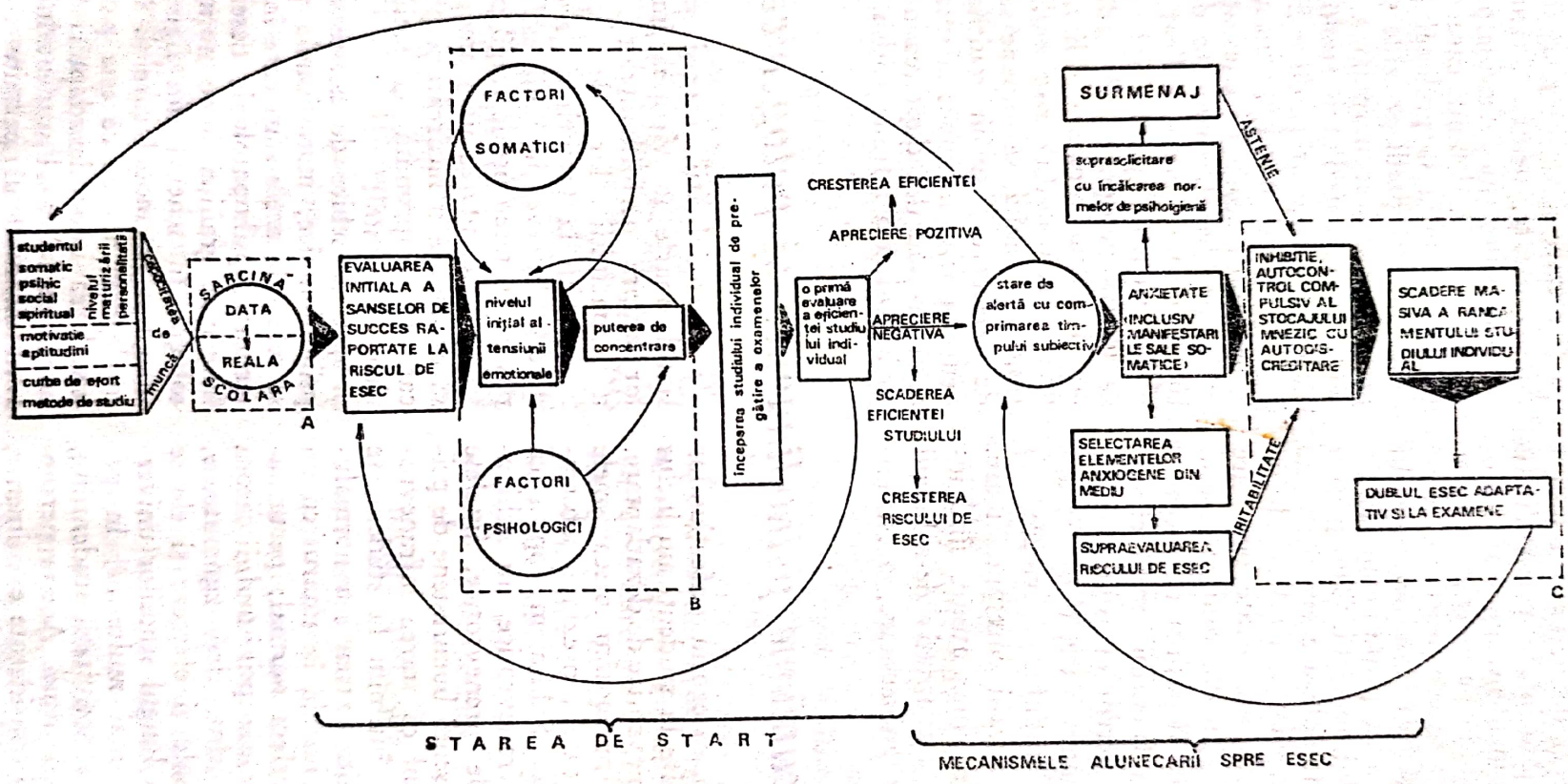


Fig. 8 — Mecanismele psihodinamice implicate în instalarea „stării de start" și mecanismele patogenice ale „alunecării" spre dublul eșec, adaptativ și la examene.

melor psihodinamice și patogenice, puncte în care o intervenție oportună poate dezamorsa la timp procesul.

Mecanismele psihodinamice ipotetice ale „stării de start"

Starea de start, înțeleasă ca un moment de maximă activare ce precedă confruntarea tînărului cu un test de verificare a cunoștințelor acumulate, variază în intensitate direct proporțional cu semnificația acordată testului de tînărul în cauză, ceea ce subliniază importanța variabilei personale în determinismul nivelului activării.

Această variabilă personală intervine — așa cum rezultă din modelul prezentat în fig. 8 — în primul rînd asupra sarcinii date spre rezolvare studentului, transformînd-o în sarcina sa reală (detalii în fig. 7); rezultatul este o primă evaluare a raportului șanse de succes/risc de eșec. Este momentul zero al mecanismului stării de start, pentru că de această evaluare depinde nivelul inițial al tensiunii emoționale. Dar limitele între care oscilează această tensionare inițială sînt supuse și intervenției combinate a constelației unor factori somatici și celei a unor factori psihologici, constelații ce coincid în timp. Modelul reprezintă fenomenul de circularitate foarte important în cazul studentului — tînăr cu o mare labilitate neuro-endocrino-vegetativă —, care ia naștere între nivelul activării și complexul factorilor somatici care se materializează în senzația de confort sau disconfort somatic. În final, tensiunea emoțională, pe de o parte, și influența directă a unor factori psihologici activi în momentul respectiv își pun amprenta pe capacitatea de concentrare a atenției asupra materialului studiat. În sfîrșit, conștientizarea nivelului prosexiei are, la rîndul său, o retroacțiune asupra nivelului activării.

Pentru un plus de claritate, acest moment zero este prezentat detaliat în fig. 9, în care sînt surprinși factorii cei mai reprezentativi pentru cazul particular al studentului.

Odată declanșată activitatea de studiu individual în vederea pregătirii examenelor, toate fluctuațiile în funcționarea sistemului descris se reflectă în calitatea acestei activități, iar evaluarea eficienței efortului depus induce constant o reevaluare subiectivă a raportului șanse de succes/risc de eșec, de care depinde, prin mecanism de *feed back*, oscilația nivelului tensiunii din sistem. Cum este și firesc, aprecierea unui randament de lucru corespunzător așteptării antecalculate are efecte pozitive, echilibrînd sistemul și mărind randamentul prin creșterea încrederii în șansele de succes. În schimb, o subapreciere determinată de o supratensionare emoțională sau o insuficiență reală a eficienței studiului efectuat conduce sau la simpla scădere a randamentului dublată de creșterea riscului de eșec sau, de cele mai multe ori, la instalarea unei stări de alertă, manifestată în special prin sentimentul de comprimare a timpului subiectiv. Rezultă în mod evident că această „primă" evaluare a randamentului activității reprezintă un punct nodal cu repercusiuni asupra evoluției ulterioare a calității studiului individual prin retroacțiunea sa asupra totalității psihismului tînărului și asupra ecuației fundamentale reprezentată de raportarea volumului sarcinii sale reale la capacitatea sa de muncă.

Mecanismele stării de start, astfel concepute, explică marea instabilitate a psihismului tinerilor în perioadele de vîrf ale activității lor universitare și coincidența dificultăților lor la învățătură — pe drept cuvînt numite de autorii americani „dificultăți emoționale" — cu scăderea pragului sensibilității la *stress*. Un fapt de observație care ilustrează veridicitatea aserțiunii este izbucnirea sau acutizarea mai frecventă a conflictelor cu părinții și a conflictelor erotice tocmai în preajma sesiunilor de examene, cu serioase implicații asu-

Scanned with OKEN Scanner

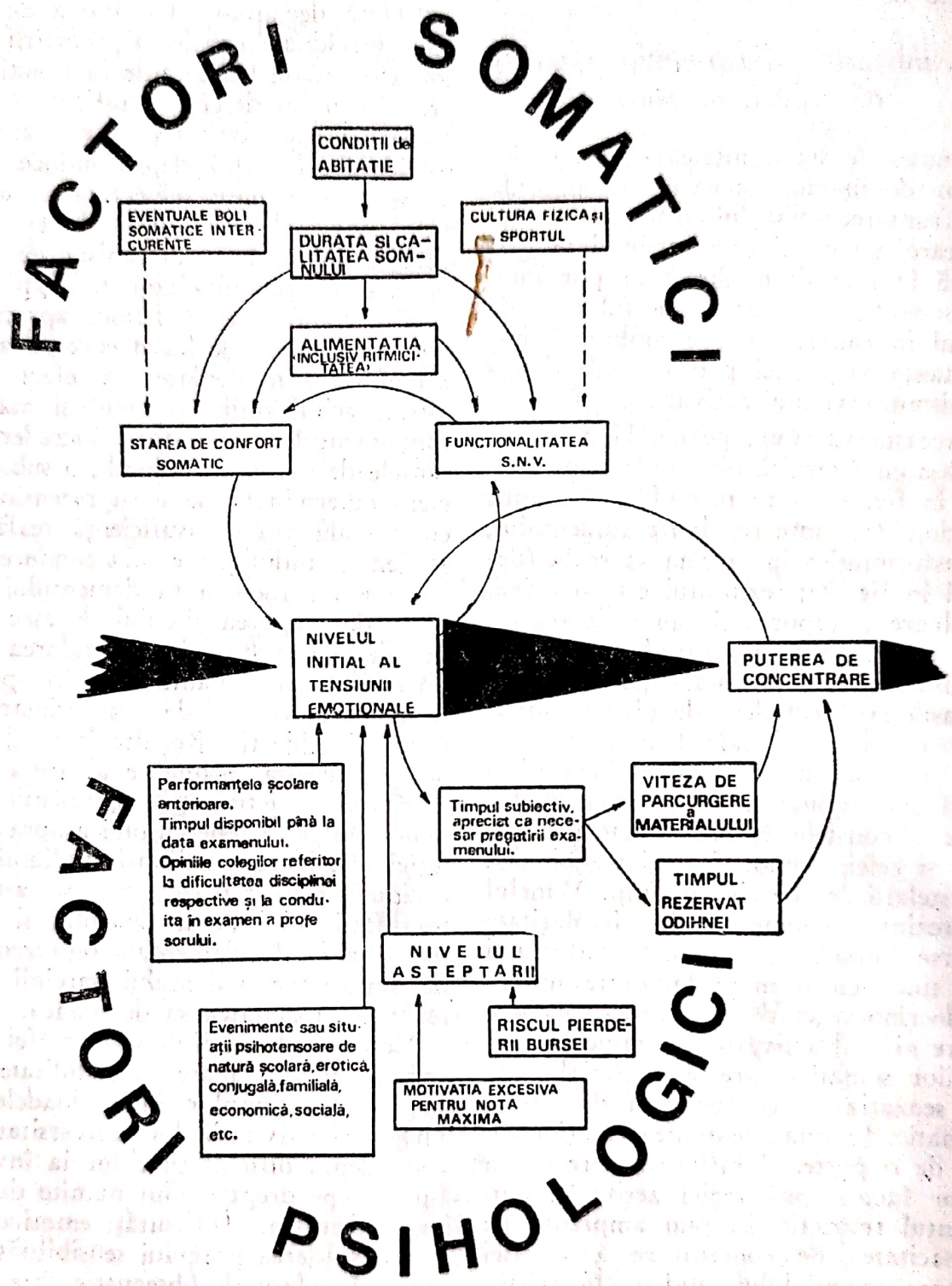


Fig. 9 — Mecanismele psihodinamice implicate în determinismul puterii de concentrare: detaliu *B* din fig. 8.

pra performanţelor realizate la examene.

Premisele şi mecanismele stării de start, privite în complexitatea pe care le-o conferă numeroasele circuite reverberante (181), ilustrează faptul că de modul în care studentul traversează această perioadă de vîrf a activităţii şi tensiunii sale emoţionale, de sincronizarea pozitivă a acestor mecanisme, depinde în mare măsură succesul adaptativ şi cel şcolar. Să mai semnalăm că aceleaşi mecanisme intră în acţiune chiar şi la studentul „vîrstnic", cu o personalitate maturizată de prealabila sa expunere la întreaga presiune socială — studentul venit din producţie deja căsătorit şi care şi-a cîştigat singur existenţa.

Deosebirea dintre acesta din urmă şi tînărul cu o personalitate în curs de maturizare constă în faptul că la primul desincronizarea mecanismelor stării de start este urmată numai de eventuale eşecuri şcolare, nu şi de instalarea unor stări infranevrotice. Dar atunci cînd acesta era deja purtătorul unei nevroze, consecinţele sînt identice cu cele amintite la tînărul de vîrstă universitară, adică eşecul la examene este dublat şi de o decompensare a nevrozei.

Concluzia practică rezidă în importanţa sprijinului pe care trebuie să-l acorde studentului în acest moment critic părinţii, cadrele didactice şi medicii.

Mecanismele patogenice ipoletice ale dezadaptării nevrotice a studentului şi corelaţiile cu eşecul universitar

Odată cu instalarea stării de alertă (fig. 8), apare riscul alunecării spre dublul eşec — şcolar şi adaptativ — ale cărui mecanisme alcătuiesc două subansamble legate între ele prin intervenţia unei inhibiţii accentuată de autodiscreditare. În primul subansamblu, anxietatea este amorsa care, pe de o parte îl determină pe subiect să-şi organizeze activitatea de o manieră care-l conduce cu paşi repezi spre surmenaj, iar pe de altă parte îl determină să selecteze orice element anxiogen din mediu — proporţia studenţilor nepromovaţi, exigenţa profesorului etc. — care-l fac să supraestimeze riscul de eşec. Dealtfel în astfel de situaţii, studentul se consideră bolnav şi apelează la medic. Înţelegerea manifestată pentru dificultăţile sale, tactul terapeutului, dedramatizarea situaţiei, recomandările psihologice şi ortopedagogice, la nevoie chimioterapia aplicată în scopul suprimării atît a simptomelor nevrotiforme, cît şi a celor somatice, uneori amînarea din motive medicale a examenului imediat următor, pot fi salutare, oprind alunecarea spre eşec şi restabilind echilibrul în întregul sistem.

În momentul supraestimării riscului de eşec, alunecarea pe panta eşecului se accelerează prin intervenţia celui de al doilea subansamblu, marcată de apariţia inhibiţiei sub acţiunea combinată a anxietăţii, asteniei provocate de surmenaj şi a iritabilităţii generate de supraevaluarea riscului de eşec. Odată instalată inhibiţia, conştientizarea ei îl determină pe tînăr să practice un autocontrol compulsiv al stocajului mnezic, care se soldează cu o autodiscreditare progresivă în ceea ce priveşte randamentul activităţii sale.

Momentul în care se cuplează cele două subansamble ale mecanismului este ultimul în care o intervenţie competentă, din afară, poate fi salutară.

În absenţa acestei intervenţii de ultim moment, *în special în cazul tînărului cu un teren psihic vulnerabil*, se produce scăderea masivă a randamentului învăţării, urmată de instalarea dublului eşec, adaptativ şi la examene (fig. 10). Reacţia dezadaptată devine o realitate, care se prezintă clinic cu o coloratură corespunzătoare trăsăturilor dominante şi gradului de maturizare a personalităţii. Aspectele mai frecvent întîlnite pot fi:

— scăderea motivaţiei pînă la aban-

Scanned with OKEN Scanner

donarea oricărei încercări de a mai învăța, sub influența sentimentului de inutilitate a efortului; se ajunge uneori chiar la false aspecte de psihopatologie majoră, cum ar fi autoacuzarea și depresiunea, sau introversiunea mimînd autismul; în orice caz variantele depre-

la tineri marcați de o emotivitate excesivă, poate conduce la inhibiția în timpul examenului;

— cînd se fixează perspectiva anxioasă a eșecului, poate apărea o incapacitate reală de a mai studia, uneori chiar sub forma unei repulsii pentru ma-

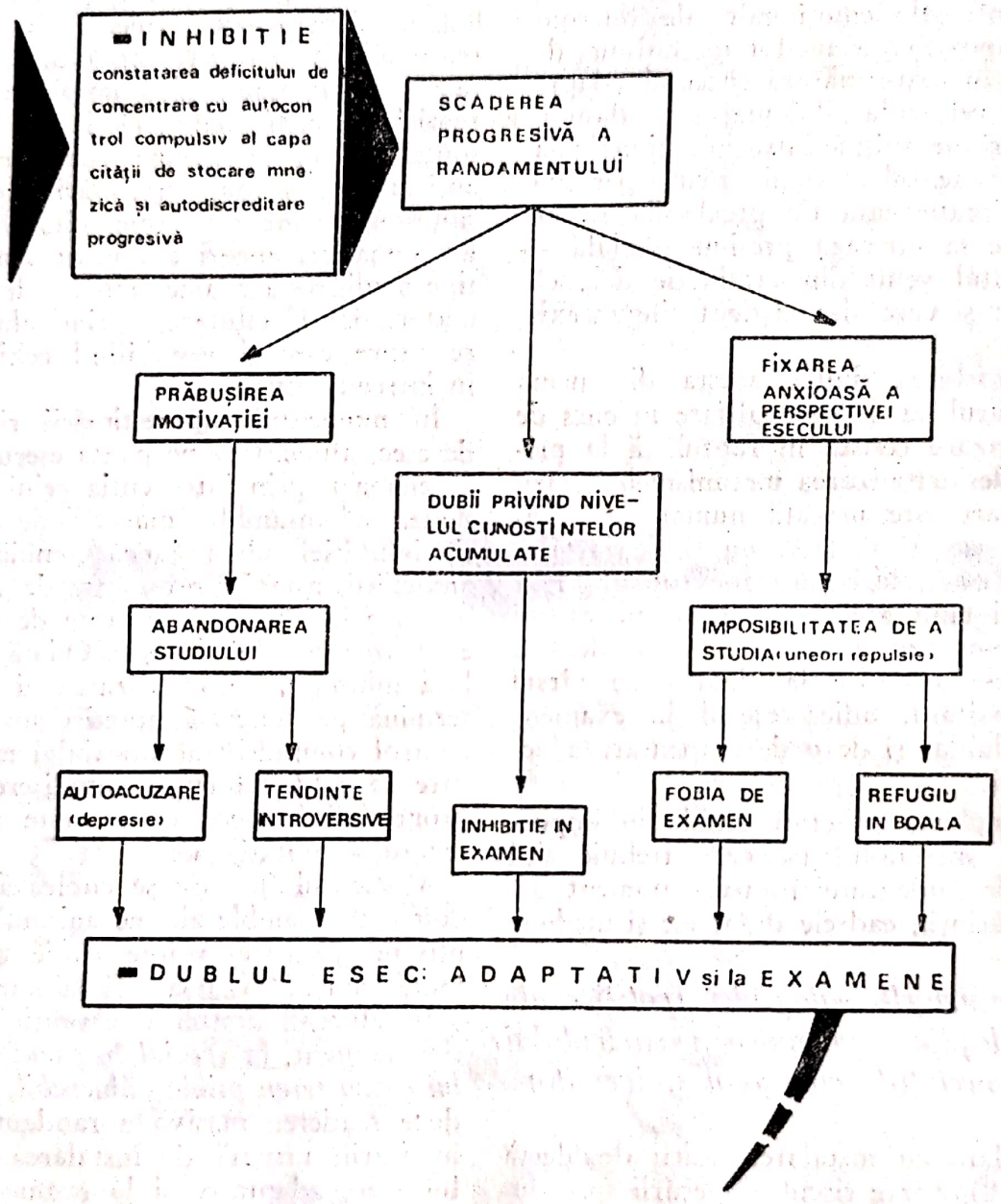


Fig. 10 — Mecanismele patogene implicate în alunecarea spre dublul eșec, adaptativ și la examene: detaliu *C* din figura 8.

sive și atipice ale dezadaptării nevrotice nu sînt rare;

— profilarea unor îndoieli serioase asupra nivelului acumulărilor realizate,

terialul ce trebuie asimilat, rezultatul fiind, la cei cu o motivație excesivă pentru nota maximă și extrem de ambițioși, o dezadaptare cu aspect fobic,

tradusă prin neprezentare la examen, iar la cei cu un fond psihic labil, la forma isterică, cu refugiu în boală, criza funcţională declanşîndu-se în timpul desfăşurării examenului.

Odată produs eşecul la un examen, este acutizată starea de alertă şi repuse în tensiune mecanismele unei noi alunecări spre eşec, mult mai probabilă şi mai rapidă, de vreme ce întregul echilibru psihic al studentului a fost compromis de intervenţia dezadaptării nevrotice. Aşa fiind, nepromovarea sau neprezentarea la examen închide marele mecanism circular şi, „convingîndu-l" pe tînăr de incapacitatea sa, poate declanşa o reacţie în lanţ de eşecuri la examene, chiar şi la studenţi dotaţi aptitudinal, cu vocaţie corespunzătoare profilului facultăţii frecventate, cu o motivaţie recunoscută pentru studiu şi cu performanţe şcolare anterioare remarcabile. Concomitent, modelul prezentat evidenţiază *reciprocitatea relaţiilor dintre eşecul şcolar şi cel adaptativ*, precum şi agravarea progresivă a unor stări iniţial infranevrotice, agravare explicabilă prin sensibilizarea progresivă la aspectele stressante ale situaţiei de examen. Ţinînd seama şi de uşurinţa cu care studentul intră în rezonanţă cu evenimentele sau situaţiile psihotraumatizante, în special de natură familială şi erotică, dar şi de altă natură, se desprinde concluzia certă a influenţei pe care aceste impasuri adaptative o pot avea asupra personalităţii sale, în curs de maturizare. Reiese astfel pregnant cît este de eronat să se considere studentul, ca pe un tînăr a cărui viaţă psihică se rezumă exclusiv la activitatea de acumulare a cunoştinţelor profesionale, scutit de orice alt efort adaptativ. Justa înţelegere a substratului demodulărilor psihice, aparent banale, reprezintă punctul de plecare obligatoriu pentru adoptarea unei atitudini corespunzătoare cerinţelor medicinii preventive, legiferată şi aplicată în ţara noastră.

Simptomatologie

Generalităţi

Dacă după unii autori, substratul polimorfismului clinic al nevrozei s-ar explica prin natura omului, natură care permite unor realităţi biologice să dea naştere unor realităţi aparent imateriale (114), alţii sînt de părere că fenomenul este datorit proprietăţii organismului de a reacţiona în totalitatea sa, indiferent dacă stimulii sînt fiziologici sau psihologici şi indiferent dacă reacţia este canalizată pe versantul somatopsihic sau pe cel psihosomatic (122); Mosinger (83) explică tabloul clinic proteiform prin consecinţele implicării „macazului" diencefalic în disfuncţia cortico-subcorticală specifică nevrozei (176; 326).

În cazul studentului, procesul de maturizare a personalităţii şi labilitatea neuro-endocrino-vegetativă de tip juvenil, tensiunea emoţională ce-i domină activitatea, generată de intensa solicitare intelectuală şi a capacităţii sale de adaptare, de riscul de eşec, pe lîngă faptul că oferă un teren propice izbucnirii unor reacţii nevrotice sau infranevrotice la intervenţia celor mai neaşteptate situaţii sau evenimente, colorează tabloul clinic al acestei reacţii cu tot ceea ce are studentul particular ca persoană şi statut. Odată instalat impasul, simptomele ce apar sînt analizate şi interpretate de purtătorul lor în virtutea antrenamentului la care este permanent supusă gîndirea sa, dar folosind mentalităţi laice cu rădăcini adînci în conceptele etnoiatriei. Semnificaţiile acordate ficărui simptom sînt aproape întotdeauna exagerate, dată fiind influenţa nefastă pe care acestea o exercită asupra eficienţei întregii sale acti-

Scanned with OKEN Scanner

vităţi şi mai ales asupra eficienţei studiului individual. Astfel se creează mecanisme circulare — anxietăţii produsă de apariţia simptomelor i se suprapune anxietatea generată de scăderea randamentului activităţii sale şi de supraevaluarea riscului de eşec ce însoţeşte orice fluctuaţie negativă a curbei randamentului —, fenomen ce explică întreţinerea şi agravarea impasului adaptativ. Cînd se prezintă la medic, apelul său impresionează prin „disperarea" pe care o trădează, disproporţionată în raport cu intensitatea şi gravitatea simptomelor. De fapt, în ciuda aparenţelor şi a acuzelor sale, de cele mai multe ori „disperarea" sa are ca substrat ameninţarea compromiterii efortului său de a cuprinde în timp util şi la un nivel calitativ corespunzător exigenţei materialul ce trebuie asimilat în vederea promovării examenelor. Şi pentru că studentul intuieşte că tulburările sale s-ar putea să reflecte mai curînd încălcările frecvente ale celor mai elementare norme de igienă şi de psihoigienă decît semnele unei adevărate îmbolnăviri, el se teme ca nu cumva medicul să nu-l ia în serios. De aceea el manifestă tendinţa de a exagera gravitatea tulburărilor, propulsînd în prim plan pe acelea care, conform opiniei sale, ar reuşi să-l convingă pe medic de „gravitatea" impasului său, de multe ori omiţîndu-le pe cele cu adevărat semnificative. Departe de intenţia de a simula, amplificarea şi prezentarea alambicată a tulburărilor sale oglindeşte apelul său la un sprijin competent care să-l elibereze şi de frica de boală, dar mai ales să-i redea încrederea în forţele sale. Acest mod particular de comportare a studentului este favorizat şi de atitudinea unor părinţi şi a unor cadre didactice, care pun la îndoială posibilitatea instalării unei nevroze la aceşti tineri şi care nu acceptă ideea că acest impas poate submina puterea de muncă şi eficienţa studiului individual. Alteori tabloul clinic al studentului nevrotic este încărcat cu simptome ale altor afecţiuni psihiatrice sau somatice, „copiate" de la persoane din anturajul lui, sau „citite" în cărţi medicale, fenomen explicat de marea sa sugestibilitate, precum şi de teama pe care i-o declanşează apariţia simptomelor, de unde şi tendinţa de a se „documenta". În sfîrşit, exagerarea descrierii acuzelor se observă şi la cei ai căror părinţi manifestă o îngrijorare ieşită din comun pentru cea mai neînsemnată ameninţare a sănătăţii unicului lor „copil".

Procesul de maturizare a personalităţii sale contribuie adesea la îmbogăţirea tabloului clinic, un caz particular fiind realizat, aşa cum arăta D. Langen (469), de una din cele trei forme de criză pubertară, formă care se prelungeşte pînă în a treia decadă a vieţii. Este vorba de *accentuarea puberală a anomaliilor caracteriale*, bizarerii din copilărie combinate cu fenomene neurastenice, ipohondrice şi sexuale scrupuloase. Tînărul acuză simptome neurovegetative, scăderea vitalităţii şi a performanţelor şcolare, la care se pot adăuga tulburări generate de mecanisme obsesivo-fobice — refuzul psihastheniform, cu pierderea interesului, oboseală prematură, uituceală, tulburări de concentrare, dispoziţie disforică. Alteori, frămîntările interne generate de criza de maturizare se pot traduce prin simptome atipice sau depresive, care ridică problema fie a debutului insidios al unei schizofrenii, fie pe aceea a unui episod depresiv instalat pe fundalul unei psihoze afective.

Aşa cum afirmă J. Piaget (citat de 415), tînărul este un personaj cu un statut aparte, tributar atît adolescenţei, cît şi vîrstei adulte, astfel că fiecare vîrstă înglobînd etapa anterioară, se proiectează în cea următoare. Deşi studentul a depăşit transformările induse de pubertate, întrucît el mai păstrează o parte din caracterul contradictoriu şi vulnerabil al adolescenţei, impasul său nevrotic va purta amprenta „...problematicii determinată

Scanned with OKEN Scanner

de constituirea identităţii sale personale, a rolului său social şi profesional" (J. Soudan, citat de 415).

Aspectele menţionate explică de ce simptomatologia studentului aflat în impas adaptativ întruneşte atît atributele adolescentului, cît şi pe cele ale adultului, la care se adaugă nota specifică indusă de statutul său de student. În acest context este uşor de înţeles raţiunea apariţiei psihiatriei universitare concomitent cu înfiinţarea unităţilor de asistenţă medicală a populaţiei studenţeşti, precum şi necesitatea ca studenţii cu demodulări psihice să fie examinaţi de medicul din ambulatoriul spitalului studenţesc. Acest medic, în virtutea experienţei acumulate prin contactul repetat cu studenţii afectaţi de demodulări psihice, se poate descurca mai uşor în labirintul de acuze, adesea contradictorii sau direct neverosimile ale pacienţilor săi, fapt ce se reflectă în eficienţa intervenţiei sale terapeutice.

Simptome „cardinale" neurastenice

Opinia conform căreia „. . . celebra tripletă: cefalee, insomnie, oboseală fizică — atît de frecvent invocată şi în literatura românească despre neurastenie — este un modest clişeu generalizat sau cel puţin o insuficient de abilă şi cuprinzătoare tratare a faptelor clinice . . ." (310), contrazicînd afirmaţiile autorilor care consideră trepiedul simptomatic menţionat caracteristic nevrozei astenice (228), ne-a determinat să-i explorăm incidenţa la pacienţii noştri.

În tabelul XIV am inclus ca termen de referinţă incidenţa dificultăţilor de concentrare la studiul individual, precum şi datele referitoare la pacienţii cu forma astenică a reacţiei nevrotice şi la cei cu sindromul de suprasolicitare. De asemenea am separat datele privitoare la studenţii cu neurastenii din institutele tehnice, de cele ale pacienţilor din institutele netehnice.

Subliniind faptul că pacientul este influenţat în relatarea tulburărilor sale de semnificaţia pe care el o acordă fiecăruia dintre simptome, fenomen care-l determină să omită existenţa unui simptom şi deci prezenţa unui factor de eroare inevitabil în evaluarea incidenţei celor trei simptome cardinale ale neurasteniei, desprindem din datele tabelului XIV următoarele aspecte demne de relevat:

TABELUL XIV

Prezenţa trepiedului simptomatic clasic al neurasteniei în lotul cercetat şi proporţia cazurilor la care au fost constatate numai două şi, respectiv, un singur simptom al trepiedului, comparativ cu proporţia cazurilor în care pacientul acuza dificultăţi de concentrare

	Total	*Pacienţi suferind de:*			
		Neurastenii; din institute:		*Reacţii nevrotice — forma astenică —*	*Sindroame de suprasolicitare*
		tehnice	*netehnice*		
Cazuri cu trepiedul simptomatic complet	68,9 %	65,6 %	71,8 %	33,3 %	37,8 %
Cazuri cu două simptome ale trepiedului prezente, dintre care cazuri cu:	26,4 %	27,9 %	25,3 %	48,1 %	46,6 %
cefalee + insomnie	18,9 %	18,0 %	19,7 %	42,4 %	33,8 %
cefalee + astenie	3,0 %	3,3 %	2,8 %	4,5 %	6,0 %
insomnie + astenie	4,5 %	6,6 %	2,8 %	1,5 %	6,8 %
Cazuri cu un singur simptom al trepiedului prezent	4,6 %	6,5 %	2,8 %	18,2 %	15,6 %
Pacienţi cu dificultăţi de concentrare	66,7 %	75,4 %	59,2 %	70,5 %	58,0 %

Scanned with OKEN Scanner

— Trepiedul simptomatic clasic este prezent la numai 2/3 dintre studenţii cu neurastenie, proporţie dublă faţă de pacienţii cu o dezadaptare acută.

— Raportul menţionat se inversează dacă ne referim la incidenţa observaţiilor care prezintă doar două din cele trei simptome cardinale, cei cu dezadaptări acute fiind de două ori mai frecvent reprezentaţi în această categorie decît cei cu neurastenii (nevroza *vera*). Faptul că aproape jumătate dintre pacienţii cu reacţii nevrotice se încadrează în această categorie poate sugera potenţialul transformării unora dintre aceste reacţii în neurastenii veritabile.

— Cuplul de simptome cel mai frecvent întîlnit fiind acela care cuprinde cefalee şi insomnie, devine evidentă participarea surmenajului la apariţia sau decompensarea neurasteniei. Se mai poate însă pune în discuţie şi contribuţia labilităţii vegetative prezentă la aceşti tineri, precum şi a corelaţiei cunoscute dintre funcţionalitatea sistemului autonom şi procesele psihofiziologice ale atenţiei, vigilenţei, emoţiei, oboselii, stressului etc. (64). Trebuie de asemenea să se ţină seama şi de posibilitatea existenţei unui teren constituţional, fie în sensul fondului endotimic anxios descris de J. J. Lopez Ibor (212), fie în sensul nevroticismului Eysenk. Pe de altă parte, principiul specificităţii răspunsului sistemului vegetativ enunţat de Lacey ar explica diferenţele individuale.

— Alegerea dificultăţii de concentrare ca termen de referinţă se justifică prin incidenţa extrem de ridicată a acestui simptom la studenţii cu dezadaptări nevrotice, indiferent de forma dezadaptării: 60% la întregul lot studiat. Şi alţi cercetători (469) constată că acest simptom este prezent la 75% dintre studenţii care acuzau „frica de examen". Este interesant de subliniat că în cazul studenţilor neurastenici, care frecventează institutele cu profil tehnic, incidenţa dificultăţilor în concentrare depăşeşte chiar pe aceea a trepiedului simptomatic al neurasteniei — 75,4%, faţă de 65,6%. Aceste constatări pledează în favoarea includerii acestui simptom printre simptomele cardinale ale dezadaptării nevrotice la student. Totodată se pune problema, în unele cazuri, a relaţiilor posibile între apariţia dificultăţilor în concentrare şi lipsa vocaţiei sau insuficienţa aptitudinilor corespunzătoare profilului facultăţii frecventate. Pe de altă parte, incidenţa ridicată a dificultăţilor de concentrare la pacienţii cu reacţii nevrotice şi cu neurastenii trebuie privită şi ca o reflectare a tulburărilor emoţionale asupra randamentului la învăţătură al studentului, indiferent de natura agentului stressant.

Cefalcea

Este simptomul cel mai frecvent acuzat de studentul cu tulburări nevrotice — 85,2% dintre pacienţii lotului studiat şi 30% dintr-un lot de 875 de studenţi neselecţionaţi investigaţi cu ajutorul unui chestionar; cefaleea poate conduce la erori de diagnostic dacă examinatorul nu insistă suficient asupra momentului şi circumstanţelor în care s-a instalat.

Complexitatea etiopatogenică a cefaleei este unanim recunoscută (50), A. Friedman descriind 15 categorii diferite (126) în care pot fi clasificate şi cele cîteva tipuri particulare izolate de alţi autori (12; 113; 163; 306; 439). Exceptînd cefaleea cronică sau critică de natură comiţială (Medina, citat de 16), diagnosticabilă electroencefalografic (110) sau printr-un tratament de probă (100), formele cele mai frecvente de cefalee întîlnite la pacienţii noştri au fost forma musculară şi cea vasculară.

Cefaleea musculară cu sediul occipital este cel mai frecvent simptom acuzat de studenţi, mai ales în perioadele ce precedă sau coincid cu desfăşurarea sesiunilor de examene, de-a lungul stării de start. Ea poate apărea şi în alte momente ale anului universi-

Scanned with OKEN Scanner

tar, ori de cîte ori intervine o situaţie stressantă sau conflictuală mai durabilă. Cu sediu occipital bilateral, cefaleea se poate generaliza şi însoţi de ameţeli ce apar la rotirea bruscă a capului, sau de alte simptome vegetative, ca în sindromul algic occipito-cervical descris de Façon şi colab. (73) sau ca în cefaleea „de atenţie" Nick (305). Rareori izolată, cefaleea reprezintă de cele mai multe ori numai unul dintre simptomele nevrotice de care se plînge pacientul. La presiunea maselor musculare cervicale posterioare, durerea se accentuează şi difuzează, atenuîndu-se prin masajul acestei musculaturi (128; 129). În schimb, n-am observat la tinerii nevrotici acea hipertonie musculară generalizată, însoţită de retroflexia capului şi de semnul Steward-Holmes, descrisă de Schär (387). Caracterul muscular al cefaleei, ce însoţeşte efortul mintal dublat de tensiune psihică şi de anxietate, a fost demonstrat electromiografic de mai mulţi autori (122; 126). La rîndul său, M. Wenger (citat de 64) făcea corelaţia între nevroticism, funcţionalitatea sistemului vegetativ şi tensiunea musculară, idee pe care o regăsim şi în conceptul fondului endotimic postulat de J. J. Lopez Ibor (212), fond care nu poate fi trăit de bolnav, manifestîndu-se prin intermediul simptomelor; cefalee occipitală, frecvent atribuită modificărilor artrozice ale coloanei cervicale, constituie simptomul unei depresiuni larvate şi trădează un fond endotimic deprimat.

Mai rar, cefaleea poate fi acuzată frontal, este dublată de anxietate şi de incapacitate de concentrare, asemănîndu-se distimiei sau „angoasei frontale", descrisă de Griesinger (citat în 212).

Mecanismul vascular este incriminat de Heyck (163) la 90% dintre formele somatogene ale cefaleei în care s-ar produce modificări circulatorii locale. Dintre acestea am întîlnit cefaleea produsă de efortul de acomodare la tineri cu vicii de refracţie oculară necorectate. În aceste cazuri, durerea se localizează fronto-bitemporal, este dublată de ameţeli, greţuri, fotofobie, fantă palpebrală stenopeică, se accentuează în a doua jumătate a zilei şi nu dispare decît prin folosirea ochelarilor corespunzători.

Dintre durerile somatogene cefalice, nevralgia marelui nerv occipital Arnold este extrem de frecventă în anotimpul rece, odată cu înmulţirea explozivă a cazurilor de infecţii acute ale căilor respiratorii superioare. Şi în acest caz este incriminat un mecanism vascular local declanşat de epifaringite (166), de infecţii virotice neurotrope sau de „încălzirea" unui focar O.R.L. (354).

Prototipul de cefalee vasculară bine individualizată clinic, migrena (129; 131; 227; 399; 460), cu etiologie încă insuficient precizată şi cu mecanisme patogenice extrem de complexe (338), în care unii autori includ şi hipotalamusul (192), l-am observat mai des la studente, intricat cu tulburări nevrotice anxioase sau depresive şi cu disfuncţii gonadice — hiperfoliculinemii secundare. Constatarea nu este suprinzătoare dacă ţinem seama de faptul că mulţi dintre factorii ce pot declanşa atacul de migrenă se întîlnesc curent în viaţa studentului: efort intelectual intens, emoţii, surmenaj, păstrarea prelungită a unor poziţii incomode (la planşetă, spre exemplu), hipoglicemie alimentară, fumat abuziv etc. Semnificaţia intensităţii, duratei şi frecvenţei atacurilor de migrenă la student este uşor de apreciat, nu numai considerînd reducerea cu cca o treime a consumului de oxigen la nivelul creierului, ci şi prin reacţia psihogenă provocată şi de starea de disconfort, dar şi de incapacitatea de a studia 24—48 de ore într-un moment în care tînărul este deja în criză de timp sau cînd tulburările determină un eşec la vreun examen. Aceste aspecte impun o investigare minuţioasă a simptomatologiei şi antecedentelor pacientului, în vederea diferenţierii migrenei vera de o cefalee vasculară nevrotică. Aceasta din urmă se manifestă prin dureri migreniforme, difuze, pulsatile, însoţite

Scanned with OKEN Scanner

de ameţeli, transpiraţii, palpitaţii, astenopie acomodativă (171; 334), hiperpiezie, tahisfigmie etc., fiind declanşate de impactul brutal al unui factor psihostressant. Cefaleea vasculară nevrotică se poate instala şi pe fondul surmenajului cu componentă somatogenă tele cazuri în care un traumatism cranian minor, dar dublat de o emoţie puternică, dă naştere unei cefalei durabile, al cărui adevărat substrat este teama de eventualitatea constituirii unui hematom intracranian. Mecanismele circulare menţionate au fost transpuse în-

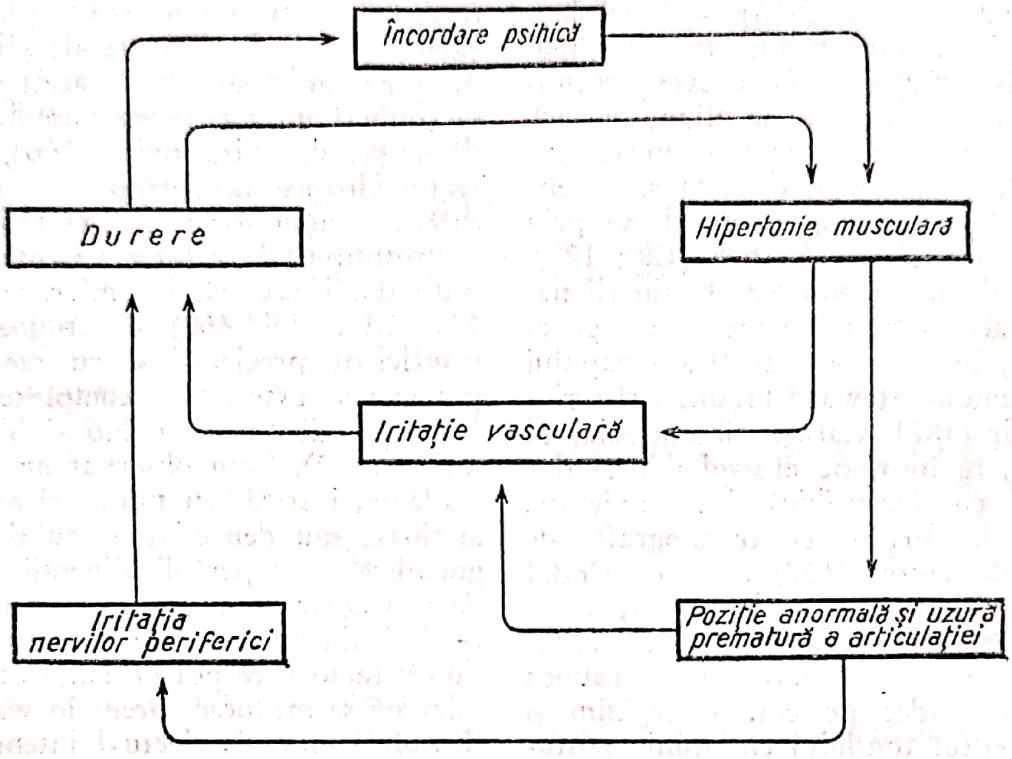


Fig. 11 — Reprezentare schematică a aşa-numitei „spirale a durerii" în cefalee (după G. S. Carolin).

— somn insuficient, consum de cafea şi fumat abuziv, alimentaţie neritmică etc. — mai ales la tinerii cu un teren vascular moştenit.

De fapt, influenţa nefastă a cefaleei asupra capacităţii de concentrare şi asupra activării psihice a tînărului închide mecanisme circulare, care o agravează şi o prelungesc, transformînd simptomul într-un factor de întreţinere a nevrozei, pentru că, aşa cum afirmă S. Borelli (108), „. . . durerea pe care o are omul este altceva decît durerea care-l posedă pe om". Prelungindu-se, cefaleea îl determină pe pacient să-i atribuie o etiologie cerebrală lezională care agravează tabloul nevrotic. Menţionăm în legătură cu aceasta frecventr-un model de G. Barolin (17), care a imaginat „spirala durerii", model pe care-l reproducem (fig. 11). Conform opiniei acestui autor, în cefalee, o încordare psihică conduce la o tensionare musculară, urmată de o iritaţie vasculară şi de o acţiune asupra articulaţiilor datorită imprimării unor poziţii anormale, poziţii în care sînt iritaţi şi nervii periferici. Iritaţia vaselor şi a nervilor declanşează durerea, care accentuează încordarea psihică, închizînd mecanismul circular.

Perturbările somnului

Proces activ, somnul este consecinţa acumulării unor substanţe serotoninice

în neuronii corticali, apoi în cei subcorticali şi ai formaţiei reticulate (Jouvet, Sager şi colab., 378). Indispensabil proceselor lente de refacere a neuronilor asociativi şi a sinapselor implicate în procesul de gîndire, învăţare şi memorie (Moruzzi, citat de 123), somnul serveşte la regenerare şi sinteză, ceea ce explică randamentul maxim atribuit procesului de învăţare desfăşurat în primele opt ore ce urmează unui somn normal de opt ore (Oswald, citat de 124). Dar, bucla reflexă nu doarme în totalitatea sa, somnul privind legătura *feed back* ce transformă arcul într-o buclă şi, cum omul nu suportă vidul afectiv nici în somn, apare visul (427), acest „şantier de memorie" prin care se trece de la etapa preparatoare a circuitului de memorie la etapa stocajului mnezic (Ungar, citat de 311). Deşi visul nu are ca instrument de cunoaştere o valoare mai ridicată decît întîmplarea, variantă a tacticii „trial and error", datorită deprivării informaţionale în care se găseşte acceptorul acţiunii (427), visul reprezintă un proces activ de prelucrare retrospectivă a evenimentelor rămase inaccesibile conştiinţei în starea de veghe, vizînd pregătirea zilei următoare (Oswald, citat de 78). Demn de subliniat este şi faptul că emoţiile trăite în vis sînt capabile să provoace perturbări circulatorii cerebrale şi periferice, identice celor declanşate de emoţiile din starea de veghe (467).

Studiile E.E.G. au evidenţiat faptul că preocupările cu mare încărcătură afectivă, la fel ca şi calculul mintal, determină, prin intermediul descărcărilor de catecolamine, o activare a formaţiei reticulate care întîrzie instalarea somnului (124), pe calea circuitului activator al somnului reticulo-cortical. În insomnia psihogenă, funcţionalitatea acestui circuit este perturbată (Bremer, citat de 378), cea mai afectată fiind faza de somn profund, cu unde lente, extrem de sensibilă la acţiunea factorilor de mediu extern şi la condiţionare, fază scurtată la nevrotici (448) şi la depresivi (Heinemann, 217).

Deşi cercetări recente au demonstrat identitatea somnului diurn cu cel nocturn, se poate avansa ipoteza că tocmai datorită sensibilităţii fazei de somn lent la acţiunea factorilor din mediul extern, mediu atît de poluat fonic în oraşul modern, somnul diurn n-ar compensa deprivarea de somn nocturn pe care şi-o impune studentul în perioadele de vîrf ale activităţii sale, realizîndu-se astfel condiţiile prielnice instalării surmenajului.

Insomnia, considerată de Dement (126) un adevărat barometru al tulburărilor psihice, epuizează rezervele organismului (124) prin alterarea schimburilor ionice neuronale, inducînd cefalee, astenie, disfuncţii vegetative (66; 115), hiperestezie la *stress* (123) şi la durere (273), scăderea randamentului şi responsabilităţii muncii prestate (330).

În ceea ce priveşte hipersomniile funcţionale care apar uneori la depresivi (78), acestea sînt considerate de Sivadon (citat de 50) ca prim semn al nevrozei anxioase. Noi le-am observat la studenţii cu hiperactivare produsă de comprimarea timpului subiectiv, mai ales la cei care în perioadele de pregătire a examenelor suprimă orice fel de mijloace de odihnă activă; surmenajul care intervine, dublat de sentimentul inutilităţii efortului de a cuprinde materialul de studiat în timpul rămas disponibil, amorsează „refugiul" în somn. Ca şi în crizele de narcolepsie, fenomenul s-ar explica printr-o hiperreactivitate a hipocampului şi a substanţei reticulate pontine (74; 267).

În concordanţă cu datele altor autori (353; 357), în lotul nostru, insomnia este prezentă la 89% dintre pacienţii cu nevroze constituite, la 80,5% dintre cei cu sindroame de suprasolicitare şi la 71,7% dintre cei cu reacţii nevrotice. Pe de altă parte, constatarea noastră, conform căreia 28% dintr-un lot neselecţionat de studenţi se plîngeau de perturbări ale somnului, demonstrează

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XV

Proporţia pacienţilor cu perturbări ale somnului, în funcţie de condiţiile lor de locuit

	Total	Pacienţi suferind de:		
		Nevroze constituite	*Reacţii nevrotice*	*Sindroame de suprasolicitare*
a — Pacienţi care locuiau în cămine studenţeşti în camere cu:				
maximum 4 paturi	77,2 %	82,2 %	70,1 %	75,3 %
peste 4 paturi	87,7 %	92,0 %	90,0 %	86,3 %
b — pacienţi care locuiau în familie sau la gazde în condiţii:				
confortabile	68,2 %	70,1 %	66,9 %	72,6 %
neconfortabile	82,0 %	88,0 %	73,9 %	61,1 %

că pe lîngă dificultăţile de adaptare ale unor tineri la mediul din căminul studenţesc, mulţi încalcă normele de igienă şi de psihoigienă nu totdeauna din motive subiective. De aceea nu trebuie să considerăm în fiecare caz tulburarea de somn ca simptom al nevrozei, studentul fiind adesea afectat de insomnie datorită tensiunii emoţionale ce-i domină activitatea, penuriei de timp liber, sedentarismului şi labilităţii sale vegetative, dar şi datorită hipersensibilităţii sale la situaţii sau evenimente din mediul familial, universitar şi social, frămîntărilor sale interne generate de procesul de maturizare etc. La studenţii străini insomnia poate traduce diferenţa de fus orar dintre regiunea de baştină şi ţara noastră, adaptarea realizîndu-se uneori greu. În sfîrşit, în aprecierea substratului perturbărilor somnului nu trebuie omise nici deprinderile pacientului cum ar fi fumatul abuziv, consumul excesiv de cafea, alimentaţia neregulată etc.

Datele statistice privitoare la ponderea pacienţilor noştri cu tulburări de somn, în funcţie de condiţiile de abitaţie (tabelul XV), subliniază faptul că studenţii cu sindroame de suprasolicitare care locuiesc în afara căminului studenţesc, avînd condiţii optime de abitaţie, prezintă mai frecvent insomnii decît cei cu condiţii precare. Se poate presupune că aceşti studenţi suferă din cauza modului defectuos de organizare a activităţii lor. În toate celelalte cazuri, condiţiile de abitaţie nu par să exercite o influenţă semnificativă asupra incidenţei tulburărilor de somn, acestora putîndu-li-se atribui un rol favorizant.

Astenia

Pe cît de frecventă şi de banală, oboseala de care se plînge studentul ridică probleme complexe pentru că în timp ce uneori astenia se instalează după un efort intelectual intens — munca în asalt — (122), alteori ea reflectă nivelul anxietăţii determinat de hiperactivitatea produsă de caracterul de „alarmă" al muncii (162) sau incapacitatea echilibrării nivelului de aspiraţie cu posibilităţile de realizare (Petrilowitch) sau pur şi simplu existenţa unui teren favorabil instalării nevrozei (Eysenk). Kilian (218) atribuie asteniei semnificaţia psihodinamică a luptei inconştiente împotriva instinctelor, iar Ey şi colab. (112) o clasifică în: depresivă, retentivă, hipertonică, disregulativă şi mixtă. Dar prelungirea unei astenii nejustificate pune în cazul tînărului problema unei depresiuni larvate (78; 469) sau a debutului insidios al schizofreniei (164).

În concordanţă cu opiniile celor care consideră că epuizarea psihologică traduce hiperexcitabilitatea centrală (44), Coirault (66), abordînd substratul fiziopatologic al oboselii, susţine că tensiunea emoţională a nevroticului activează iniţial sistemul hipotalamo-endo-

Scanned with OKEN Scanner

crin, care determină o acumulare de energie, pentru ca ulterior, prin menținerea tensiunii emoționale excesive, să se producă o supra- sau o depolarizare neuronală însoțită de epuizare. Există cercetări care demonstrează implicarea hipotalamusului în cronicizarea astheniei (228) prin potențialul de care dispune această formație de a induce modificări metabolice „inutile" (429) ca: alcalinizarea mediului prin diminuarea schimburilor celulare, scăderea puterii oxido-reductoare și creșterea glutationului (115) etc., fenomene care conduc la o hipofuncție neuronală (68), reticulată (373) și panendocrină (204).

Pe de altă parte, capacitatea organismului de a „amîna" reacția la *stress* (123), unul dintre mecanismele adaptării, explică oboseala studentului instalată după depășirea sesiunii de examene, indiferent de rezultatele obținute la examene; concomitent această astenie postcritică atestă caracterul stressant al situației de examen.

Clinic, astenia, sinonimă cu lipsa de energie, este resimțită fizic și psihic ca o neputință chinuitoare, cu diminuarea funcțiilor de sinteză și de integrare intelectuală, care conduce la o dezordine mintală, cu trăirea dezagreabilă a disconfortului, cu adinamie și pierderea expresivității corpului și a imaginii sale, cu disfuncția sintezelor vegetative, cu o hiperestezie dureroasă și o stare de slăbiciune („malaise") senzorială (311). Deși studentul acordă o semnificație majoră fenomenelor menționate, adesea omite să o semnaleze medicului, atribuind-o muncii excesive; el procedează astfel și pentru că atenția îi este polarizată asupra simptomelor vegetative — cardiocirculatorii, în special, — pe care le acuză în primul rînd. Poate că așa s-ar explica incidența modestă a astheniei la pacienții din lotul nostru: 70,7% la cei cu nevroze constituite și 42% la cei cu dezadaptări acute (173).

Simptomatologie psihică

Simptomatologia psihică a studentului care se prezintă la cabinetul de neuropsihiatrie este o adevărată piatră de încercare pentru experiența, talentul și abilitatea examinatorului, medicul trebuind să trieze din amestecul de manifestări și acuze etalate de tînărul său pacient pe cele generate de conflictele inerente procesului de maturizare, de dificultățile sale de adaptare la mediul și exigența universitară, de eventualele sale lacune caracterial-educative. Odată acest triaj efectuat, tabloul clinic rămîne totuși încă destul de proteiform, deloc ușor de încadrat nosologic, pentru că de la un simplu impas în cadrul unei „crize" juvenile de maturizare, care îmbracă un fals aspect psihopatologic, și pînă la debutul înșelător al unei psihoze, de la surmenajul produs de o defectuoasă organizare a activității și pînă la nevroza constituită există multe asemănări clinice.

Aceleași probleme le ridică adesea și evoluția, marginalitatea sindroamelor nevrotice ale studentului cu normalul și cu psihopatiile fiind complicată de posibilitatea „derapajului" (70; 310), a transformării dezadaptării nevrotice într-un proces (13; 126; 288), așa fel încît chiar după urmărirea un timp mai îndelungat a evoluției tulburărilor se poate întîmpla să mai rămînă întrebări fără un răspuns cert.

Aflat într-o adevărată „cursă contra cronometru" (268), adesea amenințat de o criză de timp obiectiv, dar și mai frecvent sub influența comprimării timpului subiectiv datorită aprecierii disproporționate a raportului: timp necesar asimilării cantitative și calitative a materialului de studiat și exigența la examen a profesorului, studentul se află adesea într-o stare de hiperactivare care-i perturbează capacitatea de concentrare și deci eficiența și randamentul studiului individual. Arcul se transformă astfel într-un cerc vicios și starea de alertă care rezultă scade pragul sen-

Scanned with OKEN Scanner

sibilității; evenimente și situații banale cu care este confruntat capătă o încărcătură emoțională epuizantă, dobîndind atributul unor impacte capabile să strice un echilibru deja destul de precar. Astenia este rezultanta firească a acestei situații, ca dealtfel și anxietatea cu dezordinea și manifestările sale somatice concomitente (427). Sînt create astfel premisele constituirii simptomatologiei nevrotice a cărei complexitate crește vertiginos, mai ales datorită lipsei de informare asupra substratului și mijloacelor de optimizare a procesului de învățare a studentului, dar și datorită neînțelegerii adevăratelor cauze ale impasului său, precum și subestimării riscului la care se expune prin numeroasele încălcări ale normelor de igienă și de psihoigienă, constrîns sau din vina sa.

Astfel, neștiind că durata perioadei de integrare, baza neurofiziologică a gîndirii și memoriei, este cu atît mai mare cu cît noțiunile cu care se operează sînt mai abstracte (119), necunoscînd raportul invers proporțional dintre viteza de prezentare a informațiilor și eficiența procesului de învățare, mai ales în condițiile limitării sferei preocupărilor, omițînd faptul că poluarea fonică scade flexibilitatea atenției (121) și să sub presiunea crizei de timp hiperactivarea ce rezultă exercită o influență negativă asupra funcțiilor intelectuale, studentul este surprins de ineficiența efortului său și procedează în continuare așa fel încît accelerează și complică un impas incipient. Studentul majorează cuantumul orelor de studiu individual în dauna orelor de somn, adesea cu adiționarea unor cantități toxice de cafea, suprimă orice fel de formă de odihnă activă și de cultură fizică, renunțînd chiar și la micul dejun și la cină, încercînd să dilate timpul și reușind astfel să adauge componenta somatogenă acțiunii celorlalți factori de risc; or, e cunoscută influența retroactivă a perturbărilor neuro-endocrino-vegetative provocate de disfuncția sistemelor diencefalice (11; 63; 64; 93; 121; 175; 230; 257; 309; 369). Știind că repetarea este indispensabilă consolidării noțiunilor asimilate, dar ignorînd condițiile indispensabile achiziționării metacircuitelor destinate stocării engramelor (3; 119), el fragmentează textul în porțiuni insuficiente pentru a putea fi integrate într-un tot coerent, fragmente pe care le citește și le recitește, sub presiunea anxietății care-l stăpînește, preocupat mai mult de verificarea capacității sale de fixare și evocare mnezică decît de înțelegerea sensurilor textului parcurs. El continuă această agitație sisifică și în noaptea ce precedă ziua examenului și chiar pînă în momentul intrării sale în sala de examinare, unde nu de puține ori se vede incapabil să articuleze un singur cuvînt, sau face confuzii incredibile, sau înșiră date, noțiuni și fapte care nu se integrează într-un tot inteligibil și, bineînțeles, ratează examenul.

Dacă hiperconștiinciosul apelează la ultimele sale resurse, muncind cu disperare, anxiosul se preocupă de problemele ce i-ar putea fi cerute cu precădere la examen, obsesivul se îndoiește de acumulările realizate, iar depresivul își manifestă disperarea (Launey și colab., 13).

Cele menționate ar putea explica faptul că dintr-un lot de 400 de studenți neselecționați, 57,2% se plîngeau de o iritabilitate excesivă, în timp ce hipomnezia era acuzată de 17,5% dintre cei cu note peste 8, de 11,9% dintre cei cu note între 6 și 8 și de 35,8% cu note sub 6 (109). Cînd impasul descris se suprapune unei afecțiuni nevrotice preexistente, incidența acestor fenomene crește, așa cum rezultă și din cercetarea noastră: iritabilitatea este prezentă la 75% dintre nevroticii confirmați, iar dificultatea concentrării la 68% dintre cei cu o nevroză vera, la 58% dintre cei cu un sindrom de suprasolicitare și la 12% dintre cei cu reacții nevrotice.

De cele mai multe ori studentul, ajuns într-o situație ca aceea descrisă, se consideră bolnav și se prezintă la

Scanned with OKEN Scanner

consultație mai frecvent după decît înainte de a înregistra un eșec școlar. Cum este și de așteptat, studentul acuză în primul rînd diminuarea capacității sale de efort, cu scăderea eficienței învățării — ineficiență nu de puține ori indusă de lipsa vocației și a motivației corespunzătoare (16) sau de intervenția unei stări conflictuale sau a unui eveniment psihotraumatizant —, plîngîndu-se de o incredibilă incapacitate de a înțelege și reține conținutul materialului studiat. Concomitent pacientul etalează din setul simptomelor nevrotice cunoscute pe acelea a căror apariție este facilitată de particularitățile și de gradul de maturizare a personalității sale, precum și de semnificația acordată evenimentului sau situației care le-a declanșat. Numărul simptomelor acuzate este direct proporțional cu profunzimea eșecului adaptativ, cu semnificația și cu implicațiile pe care i le atribuie tînărul în cauză, dar și cu atitudinea înțelegătoare și cu climatul psihologic creat de medicul examinator.

În afara simptomelor deja analizate — astenie, cefalee, perturbări ale somnului, iritabilitate și dificultăți la învățătură — sînt aproape nelipsite neliniștea psihomotorie și anxietatea, uneori cu o notă depresivă larvată, trădată de manifestări în sfera somatică. Uneori se conturează o adevărată stare distimică, despre care Weitbrecht (citat de 152) afirmă că, deși nu are nimic comun cu depresiunea endogenă, poate afecta profund organismul. Această stare este caracterizată mai mult de o apatie decît de o depresiune adevărată, înglobează numeroase simptome somatice și o mascată componentă ipohondrică. Rareori în forma sa completă, dar mai frecvent sub o formă frustă, se întîlnește și sindromul presuicidar Ringel (366) cu retragerea din colectiv, însingurare, preocupări și asociații limitate, cu tendință la ruminație mintală a evenimentului stressant, apatie, abandonarea activității cu sentimentul de inutilitate a inițiativei și efortului, al nerealizării.

Dar dincolo de scăderea nivelului energiei psihice, de apatia și adinamia din primul plan se poate întrevedea existența unui substrat anxios care se materializează în disfuncțiile vegetative — cauză și efect al hiperesteziei tînărului la factorii de mediu (68; 81; 112; 155; 228; 335; 358; 400) — dar și prin neliniștea evidentă pentru viitorul apropiat și îndepărtat. Starea de alertă, trăită emoțional și visceral, se integrează într-un mecanism circular care interferează cu procesele afective, volitive și intelectuale, culminînd cu tulburări de comportament (258) dintre care cel mai de temut este comportamentul suicidar.

În cazul studentului care păstrează încă labilitatea psihică și somatică a adolescentului, supus unui efort intens intelectual, solicitat complex pe plan adaptativ, în plină confruntare a imaginii sale despre lume cu lumea însăși, se adevărește din plin afirmația lui P. Marchais, conform căreia anxietatea și disfuncțiile vegetative ar însoți oricare dintre formele clinice ale nevrozei. Cum anxietatea este echivalentă cu incapacitatea de a face față actului și cu deficitul de energie psihică, ea implică dezordine (311), iar faptul că anxietatea se manifestă „. . . sub forma unei stări de frică pricinuită de o incertitudine în care subiectul are impresia unei nenorociri iminente care planează pretutindeni, îl înconjură, îl pătrunde, dar nu o poate defini și nici îndepărta . . .“ (339), devine ușor de înțeles al doilea versant pe care se realizează asociația anxietate-depresie. În sfîrșit, anxietății, ca și obsesiei le sînt recunoscute posibilitățile evoluției către o depresiune (131; 343; 469), după cum depresiei anxioase i se atribuie cel mai ridicat risc de inducere a unui comportament suicidar.

Studentul ascunde adesea ecloziunea unei intenții suicidare, în parte pentru că îi intuiește absurditatea, în parte

Scanned with OKEN Scanner

pentru că așteaptă ca aceasta să-i fie descoperită de medic, ambiguitate ce demonstrează că nu este vorba de o inserție profundă în personalitatea sa. Totuși, astfel de idei larvate trebuie identificate la timp, pentru că ele nu sînt cu nimic mai puțin periculoase decît cele din depresiunea endogenă în ceea ce privește riscul suicidar. Lersch și Reichenbecher (citați în 469), consemnînd frecvența mai mare a acestui risc printre studenți comparativ cu restul populației, explică fenomenul prin proporționalitatea directă existentă între gradul de diferențiere a năzuințelor individului și dimensiunile spațiului de desfășurare, diferențierea avansată înglobînd și riscul instalării unor conflicte interioare ce provoacă o risipă de energie suficientă pentru a perturba liniaritatea vieții. G. Störring și H. Völkel (469) vorbesc de polimorfismul înșelător al fazelor depresive atipice, subliniind că prima fază care apare în timpul studenției are o componentă anxioasă perplexă, ce se însoțește de hipoprosexie, inhibiția gîndirii, inapetență, perturbarea somnului, absența elanului și scăderea activității, simptome care — deși nevrotice — laolaltă echivalează cu o depresiune. În acest sens, J.Rousselet scria: „... adultul se sinucide pentru că nu a reușit în ceea ce voia să întreprindă sau pentru că regretă o fericire pierdută pentru totdeauna ... tînărul, dimpotrivă, își pune capăt existenței de frica viitorului său ...“ (374).

În astfel de situații, manifestînd înțelegere și simpatie, medicul reușește să identifice existența acestor idei, ceea ce îi dezvăluie disponibilitatea pacientului pentru un dialog referitor la cauzele și mecanismele stării sale, precum și efectul uneori spectacular de dedramatizare pe care-l are conștientizarea corelației cauzale și a conflictului; depresiunea începe să se destrame, anxietatea diminuează și tînărul se agață de speranța ieșirii din impas cu ajutorul sprijinului terapeutului.

Printre cauzele cele mai frecvent întîlnite la pacienții noștri cu reacții depresive semnalăm rupturi erotice și conflictele cu părinții pe tema unei căsătorii proiectate și neconsimțite, îmbolnăvirea sau dispariția unui părinte sau a unei persoane apropiate, conflictele grave dintre părinți care culminează cu desmembrarea familiei, dar și eșecul considerat nemeritat la un examen, mai ales cînd este însoțit de o reacție inadecvată din partea părinților, pierderea dreptului la bursă, nerealizarea nivelului scontat al calificativelor la examene sau la diverse concursuri, în sfîrșit, instalarea unei boli somatice considerată de pacient ca foarte gravă etc.

În lotul studiat am înregistrat numai 24 de comportamente suicidare, cifră în mod cert inferioară realității, dar suficientă pentru a confirma imprevizibilitatea unei astfel de conduite, dat fiind că lotul cuprinde numai tineri cu dezadaptări nevrotice și infranevrotice, nu și psihopați sau psihotici. Chiar în absența unor trăsături anormale ale personalității, studentul cu o depresiune trebuie urmărit în timp, atît pentru a evita „surprizele“ generate uneori de dificultatea maturizării afective, alteori de imposibilitatea diferențierii de la început a unei depresiuni nevrotice de una endogenă (28; 30; 216; 258; 267; 320; 372; 458; 469) sau atipică (26; 61; 155; 164; 371), cît și din motive terapeutice și psihoprofilactice. Este bine cunoscut faptul semnalat de mulți cercetători că o tentativă de suicid reprezintă la tînăr numai un început, acest comportament putîndu-se oricînd repeta (157; 469). E. Lungerhausen și R. Thomas (469), spre exemplu, constată într-un lot de 541 de studenți depresivi, că deși numai 20% dintre ei recunoșteau a avea idei de suicid, riscul era evident la 42,7% dintre ei, la 8% unicul factor cauzal fiind dificultățile la învățătură.

Scanned with OKEN Scanner

Abordarea descrierii simptomatologiei psihice a studentului cu afecţiuni nevrotice, începînd cu anxietatea şi depresiunea, este justificată de incidenţa ridicată a acestor simptome chiar şi în dezadaptarea de intensitate infranevrotică şi, în mod izolat, la mulţi dintre tinerii sănătoşi. Anxietatea se explică atît prin nivelul atins de tensiunea emoţională sub influenţa riscului de eşec şi a surmenajului, cît şi prin coincidenţa etapei studiilor universitare cu procesul de maturizare afectivă şi psihosocială. Psihopatologic, anxietatea are semnificaţia unui posibil germene al obsesiei, fobiei sau depresiunii. La rîndul său, depresiunea se poate instala cu relativă uşurinţă în această etapă dominată de o problematică încărcată cu semnificaţii afective, iar atenţia pe care o reclamă este justificată de implicaţiile sale. Frecvent ascunsă de tînăr, depresiunea este mascată de o simptomatologie somatică, la această vîrstă existînd pericolul ca ea să se demaşte abia în momentul declanşării unui comportament suicidar, aparent nejustificat, care la unul din patru tineri depresivi reprezintă capul de serie al unor noi tentative ulterioare sau repetarea unor încercări anterioare nereuşite şi necunoscute, existînd riscul ca 5% dintre cazuri să se termine fatal (157).

Un alt simptom prezent la unii dintre studenţii cu dezadaptări nevrotice sau infranevrotice este fobia, care uneori îmbracă forma particulară a fobiei de examen.

Deşi numai 2—8% dintre bolnavii psihici pot fi consideraţi fobici, simptomele fobice sînt prezente, după unii autori, la 3—5% (239); după alţii, la 20% (393) dintre bolnavii psihici, în timp ce în populaţia adultă existenţa fenomenelor anxioase sau fobice este apreciată între 0,5‰ [Lemkau şi colab. (1942), Holling-Shead şi colab. (1958)] şi 2,2% (239). La studenţi incidenţa fenomenelor fobice, evaluată cu ajutorul unui chestionar într-un lot de 875 de studenţi neselecţionaţi, se ridica la 44,4%, dintre care o cincime prezentau fobia de examene (191), constatări concordante cu cercetările lui C. Bloch (469) care semnala fobia de examen la 12% dintr-un lot de studenţi cu tensiuni emoţionale. Dacă mai adăugăm şi faptul că „... nosofobiile sînt induse într-o anumită măsură şi în mod involuntar de către propaganda sanitară şi răspîndirea intempestivă a cunoştinţelor despre boli grave în populaţie..." (C. Oancea, 343), cardiofobia fiind descrisă încă de Régis la tinerii cu dezechilibre vegetative aflaţi în situaţii încordate de existenţă, că fobia derivă din anxietate prin alunecarea posibilului în probabil (311), că lista fobiilor posibile este practic nelimitată (405), nu ni se mai pare surprinzătoare incidenţa lor atît de mare printre studenţii cu afecţiuni nevrotice, tineri cu o binecunoscută sensibilitate la *stress*. Studiile efectuate de Gebauer (469) relevă faptul că fobiile se instalează la studentul cu un anume teren psihic, caracterizat de un grad de inerţie a proceselor psihofiziologice, perseverativ, cu o structură caracterială rigidă, hipermorală, perfecţionistă, care generează conflicte între trebuinţele fireşti şi rigorile concepţiilor de viaţă, structuri hiperconştiincioase marcate de o educaţie parentală necorespunzătoare (96; 343). Dar fobia poate apărea şi în absenţa unui anume teren — anancast — în tablouri clinice complexe prin condiţionarea anxietăţii (173), inducînd comportamentul „drive to rest" inadecvat situaţiei (Hull citat în 400) sau ca o simplă manifestare a dificultăţilor de adaptare a tînărului purtînd amprenta dezinvoltă a originalităţii juvenile (19). Toate aceste precizări sînt importante pentru că subliniază faptul că nu orice manifestare de îndoială, minuţiozitate, pedanterie sau orice tendinţă analitică trebuie considerată ca manifestare a unei nevroze obsesivo-fobice. Nici atitudinea opusă, a minimalizării acestor simptome nu este judi-

Scanned with OKEN Scanner

cioasă, pentru că anxietatea şi depresiunea, care precedă adesea obsesia sau fobia, pot modifica nu numai conţinutul, ci şi mecanismele gîndirii (J. Amanth, 393), iar pe de altă parte, perfecţionismul şi intelectualismul, destul de des cultivat la tineri de ambiţiile părinţilor, pot să reprezinte semnele unei nevroze obsesive (Dörner citat în 469).

La pacienţii noştri am observat frecvent o formă de inhibiţie condiţionată, un fel de alergie psihică, faţă de un cadru didactic sau faţă de o disciplină, purtînd amprenta incompletei maturizări a tînărului, generată de un eveniment sau de o situaţie neplăcută minoră. Aparenta benignitate a unei reacţii de acest tip este umbrită de extinderea fobiei care include şi fobii secundare, ceea ce poate duce, în cele din urmă, la părăsirea studiilor universitare. Un exemplu elocvent este furnizat de o studentă a unei facultăţi tehnologice, iniţial cu performanţe şcolare foarte bune, copil unic al unor părinţi nevrotici, studentă care prezenta încă de la pubertate o tanatofobie marcată. Cu ocazia unui eşec la un examen, tînăra, care în drumul său obişnuit spre facultate trecea pe lîngă Institutul medico-legal, constată că nu mai poate merge pe drumul respectiv decît însoţită; apoi nu se mai ducea la facultate decît împreună cu părinţii. Nici alegerea altui drum nu a fost mai folositoare, pentru că pe acesta erau . . . prea multe biserici, aşa că în final studenta a abandonat studiile în anul IV din cauza fenomenelor fobice. După un tratament în clinica psihiatrică îşi reia studiile, dar frecventează cursurile sporadic — numai dimineaţa şi numai condusă de părinţi sau deplasîndu-se cu un taxi— ajungînd să nu mai iasă din casă decît în condiţiile descrise, indiferent de destinaţie. Reiese clar, în cazul acesta, influenţa negativă a educaţiei parentale şi tendinţelor sale perfecţioniste, care au contribuit la structurarea unui teren extrem de vulnerabil, evoluţia tabloului clinic alunecînd spre una din formele de „borderline state" cu prognostic foarte rezervat.

Ţinînd seama de potenţialul de care dispune un conflict psihic de a restructura mecanismele cerebrale, după Arietti (citat de 81) prin intervenţia hipotalamusului, fobia şcolară riscă nu numai să conducă la ratarea studiilor ci şi la perturbarea procesului de definire a personalităţii tînărului. Cum astfel de fobii şcolare izbucnesc mai frecvent printre studenţii începători, recomandarea majorităţii cercetătorilor de a se acorda acestora un sprijin sporit şi de a se face uz de atitudini şi metode pedagogice aplicate cu tact de către cadrele didactice (124; 246; 263; 355; 383; 413) este pe deplin justificată.

În afara fobiei şcolare, la student se întîlnesc destul de frecvent cardiofobiile şi nosofobiile în general, de obicei sub influenţa stressului declanşat de îmbolnăvirea neaşteptată a unei persoane din anturajul său şi a unor simptome vegetative instalate ca urmare a tensiunii psihice, sedentarismului şi surmenajului.

O categorie aparte o reprezintă dismorfofobia care, atunci cînd întruneşte toate cele trei simptome descrise de Morseli încă de la finele secolului trecut: idei de defect fizic şi de aluzie şi dispoziţie depresivă (citat de Korkina, 168), reprezintă deja un semn de depersonalizare şi de evoluţie a demodulării psihice spre schizofrenie. În forma sa completă am întîlnit-o în cîteva cazuri de debut atipic al schizofreniei. Cu sau fără o dispoziţie depresivă şi în orice caz neînsoţită de ideea unei aluzii, forme incomplete ale dismorfofobiei se observă destul de frecvent la această categorie de postadolescenţi, la care preocupările narcisice, deşi uneori ascunse, favorizează intervenţia unor deformaţii ale percepţiei propriului corp, care chiar dacă nu ating nivelul celor din anorexia mintală (376), dau loc la comportamente bizare. Astfel, un

Scanned with OKEN Scanner

fenomen relativ frecvent observat este şi acela semnalat de Harris (168) al plastiilor nazale a căror incidenţă este maximă în adolescenţă. Dar mai frecvent anxietatea rezultă din îndoiala asupra evoluţiei propriului corp (168), pe care o întîlnim sub forma fie a unor regimuri de slăbire autoimpuse şi complet nejustificate, mai ales la studente, fie sub forma unor preocupări obsesive şi ipohondrice la studenţi, legate de dezvoltarea toracelui sau a musculaturii. De cele mai multe ori astfel de simptome latente devin evidente şi sînt acuzate sub acţiunea surmenajului. Poate că la fel ar putea fi interpretată şi frecvenţa cu care mulţi dintre studenţi speră într-un efect miraculos al supraalimentaţiei asupra eficienţei muncii lor în perioadele de vîrf ale anului universitar. La întrebarea, ce consideră că le-ar favoriza un randament superior la învăţare, 23,5% dintr-un lot de 875 de studenţi neselecţionaţi răspund: supraalimentaţia.

În ceea ce priveşte obsesiile, care formează împreună cu fobiile un cuplu ideoafectiv unitar şi persistent în timp (47), nevroza obsesivo-fobică constituind o entitate clinică unitară, aşa cum susţin V. Predescu şi C. Belciugăţeanu (citaţi de C. Oancea, 343), acestea se pot instala insidios în numai o treime din cazuri încă din copilărie, restul de două treimi apărînd brusc înainte de 25 de ani. Nevrozele obsesivo-fobice se cristalizează adesea pe un teren predispus, caracterizat de K. Schneider ca acela al unei persoane nesigure, de Petrilowitsch ca rigid, perfecţionist şi scrupulos, iar de Kraepelin ca un infantilism al caracterului condiţionat de nesiguranţa anxioasă ce domină toate domeniile vitale ale persoanei (239). Dar dincolo de această formă a nevrozei, care nu pare să fie mult mai frecventă la studenţi decît la restul populaţiei, obsesia care face parte din „drama existenţei umane", cum afirmă M. Lăzărescu (239), se întîlneşte şi la normali şi în tabloul clinic al altor forme de nevroză. Ea apare adesea sub forma impresionabilităţii obsesive ca urmare a relaxării structurii cîmpului de conştiinţă, a scăderii nivelului stării de veghe şi atenţiei determinată de insomnie, surmenaj, efort intelectual intens (239), mai ales în perioada din preajma sesiunilor de examene.

Totdeauna dublată de anxietate (27), în cazul nostru obsesia intervine ca urmare a unor preocupări circumstanţiale persistente, avînd ca substrat constituirea focarelor „stagnante" (233).

Tema frecventă a obsesiei studentului se axează pe o presupusă incapacitate de a face faţă exigenţei universitare. Făcînd abstracţie de cei care nu sînt conştienţi sau refuză să accepte lipsa unor aptitudini concordante cu profilul facultăţii frecventate sau a vocaţiei, hiperemotivul, cel excesiv de conştiincios, cel care vizează obţinerea neapărat a notei maxime, se teme şi se îndoieşte permanent de nivelul pregătirii sale, prospectîndu-şi, uneori şi sub influenţa opiniilor alarmiste care circulă în grupul de studenţi referitor la dificultatea examenului sau la exigenţa profesorului, un risc de eşec exagerat care-l poate conduce la ratarea examenelor prin inhibiţie, mai ales cînd examinatorul adoptă o atitudine rigidă şi interpretează ezitările răspunsurilor sale ca expresie a unei pregătiri insuficiente. De fapt alerta se instalează la aceşti tineri încă din timpul semestrului şi perspectiva eşecului poate dobîndi caracter obsesiv şi datorită repetatelor avertismente adresate de o manieră ameninţătoare, cu scop „stimulativ", întregului colectiv de studenţi de către cadrele didactice. Este vorba de avertismentele de sancţionare pentru abateri minore şi pentru insuficientă perseverenţă la studiu, de nepromovare a examenului dacă tînărul nu atinge un nivel maxim de pregătire. Dacă la aceste avertismente se adaugă admonestarea tînărului pentru lapsusurile şi ezitările exprimării sale în cadrul unui seminar, fenomene ex-

Scanned with OKEN Scanner

plicate şi de inhibiţia provocată de emoţie şi de lipsa uzanţei limbajului disciplinei respective, se realizează condiţiile optime de transformare a anxietăţii tînărului într-o obsesie. O atare atitudine nepedagogică îl pune pe cel în cauză şi într-o lumină nefavorabilă faţă de colectiv, creîndu-se premisele instalării unui sentiment de devalorizare şi de umilinţă, de însingurare, de îndoială, ambivalenţă şi de ruminare mintală care traduce instalarea unei „stări cataleptice" a voinţei (47). Prospectîndu-şi un risc de eşec exagerat, din acea clipă pe student îl preocupă mai mult memorarea textului studiat decît conţinutul, obsedat de perspectiva eşecului — promis dealtfel de către cadrul didactic respectiv; amintindu-şi orice insucces şcolar, indiferent cît de neînsemnat, din trecutul său, dar făcînd abstracţie de succesele repurtate, alimentîndu-şi temerile cu informaţii anxiogene difuzate de colegi, el desfăşoară o activitate ce depăşeşte limitele capacităţii sale fiziologice, îşi refuză odihna, iar motivaţia sa pentru cunoaştere este înlocuită de aceea pentru promovarea examenului. Surmenajul consecutiv acestui comportament se suprapune anxietăţii preexistente agravîndu-i şi mai mult situaţia şi favorizînd inhibiţia în timpul examenului. Frecventa apariţie a unor astfel de simptome se poate deduce şi din sondajul efectuat la un lot de studenţi neselecţionaţi, testaţi în ajunul sesiunii de examene. Dintre cei 875 de studenţi, 31,4% se declarau nesiguri de nivelul pregătirii lor, 37,7% acuzau frica de examinator, 45,3% erau tensionaţi emoţional din cauza dorinţei de a obţine cu orice preţ o notă mare, 27,4% se temeau să nu piardă bursa prin eşecul la examen şi cca 19% erau în alertă temîndu-se de reacţia părinţilor în cazul nepromovării examenului sau al obţinerii unei note sub nivelul aşteptat; 18,9% dintre cei menţionaţi au ratat cel puţin un examen din cauza inhibiţiei şi alţi 8,7%, chiar mai multe examene.

Datele prezentate ilustrează importanţa acestor aspecte, pentru că deseori frica devine obsedantă, iar obsesia poate avea o temă fobică (239); obsesia se conjugă cu anxietatea şi cu astenia, putîndu-se potenţa prin depresie (311). Lipsa de dirijare şi de coordonare a energiei la care conduc obsesiile şi fobia (311) se manifestă în cazul studentului prin frecvenţa ridicată a acţiunilor obsesive, a compulsiunilor celor mai diverse, de la fumatul excesiv, la risipirea în activităţi neînsemnate în momentele cele mai nepotrivite, cînd timpul disponibil pentru studiul individual este extrem de limitat — fenomen frecvent în tulburările emoţionale ale adolescentului (268) — şi pînă la ritualurile cele mai diverse, adesea cu aspect de aritmomanie. Este semnificativ în acest sens faptul că 60,1% dintre studenţii investigaţi în cadrul sondajului menţionat anterior practicau diverse manevre de asigurare în ajunul sesiunilor de examene. Fără îndoială că în cazul citat nu poate fi vorba de un argument în favoarea extinderii nevrozei obsesive printre studenţi, ci mai curînd de o manifestare a dificultăţilor lor de adaptare în condiţiile desfăşurării procesului de maturizare, ceea ce nu scade cu nimic importanţa atenţiei pe care a reclamă aceste probleme, dată fiind frecvenţa cu care astfel de fenomene fără semnificaţie patologică pot reprezenta punctul de plecare al unor dezadaptări nevrotice şi al unor numeroase eşecuri la examene. Odată înregistrat un eşec la examen, se poate suprapune trăirea umilinţei şi a penibilului, adevărată dramă relaţională în cadrul căreia tînărul devine sediul unor trăiri prevalent obsesive, cu senzaţia că toţi cei din jur, cunoscîndu-i problemele, îl judecă şi-l stigmatizează. El reacţionează sau prin închiderea în sine sau printr-o descărcare compensatorie (239), situaţie pe care o întîlnim frecvent la studenţii care repetă anul uni-

Scanned with OKEN Scanner

versitar, indiferent dacă este o repetenţie obişnuită sau impusă de o îmbolnăvire, dar mai ales cînd este consecinţa nepromovării unui singur examen, eşec perceput ca o frustrare datorată subiectivismului examinatorului. Ţinînd seama de ciclicitatea supratensionării emoţionale indusă de repetarea periodică a sesiunilor de examene, tinerii care dispun şi de un teren psihic mai labil, pot aluneca pe panta transformării simptomelor lor obsesive persistente în psihastenie, aşa cum susţinea C. Belciugăţeanu (24). Contribuţia educaţiei parentale perfecţioniste, exagerat de autoritare, cu înăbuşirea dezvoltării propriei personalităţi, la structurarea unui teren propice instalării unei nevroze obsesivo-fobice, a putut fi pusă în evidenţă la 11,1% dintre studenţii cu afecţiuni nevrotice de tip obsesiv, faţă de numai 4% la cei cu alte forme de dezadaptări nevrotice, în lotul pe care l-am studiat.

Dar tema obsesiilor studentului nevrotic nu este totdeauna de natură şcolară, ea putînd fi legată de o stare conflictuală din mediul familial sau de o „frămîntare internă", cum ar fi aceea pe teme de sexualitate. Datorită discrepanţei dintre maturitatea biologică şi statutul său social, precum şi insuficientei sale informări referitoare la comportamentul sexual uman normal, subestimînd importanţa componentei afective şi sub influenţa unor concepţii laice, care reduc sexualitatea la o trebuinţă biologică, tînărul se expune adesea riscurilor ce decurg din formarea unor cupluri întîmplătoare. Modelele astfel create sporesc acuitatea preocupărilor de acest gen mai ales la hiperemotivii abstinenţi. De obicei mai retraşi, căutîndu-şi un refugiu în muncă, ajung frecvent la surmenaj şi la un sentiment de însingurare, iar simptomele nevrotice instalate sînt puse pe seama abstinenţei, în parte şi ca o consecinţă a opiniilor încă destul de răspîndite conform cărora nevroza s-ar vindeca odată cu practicarea sexualităţii. În astfel de situaţii iau naştere obsesii legate de masturbaţia practicată în perioada adolescenţei timpurii, considerată cauză potenţială a unor dificultăţi de dinamică sexuală, se poate redeştepta şi acutiza un „complex al penisului mic" — nu de puţine ori germinat încă din perioada prepubertară sub acţiunea iatrogenă a unui diagnostic eronat de sindrom adipozo-genital (35); alteori masturbaţia persistînd şi la această vîrstă, dobîndeşte caracter compulsiv, se complică cu sentimentul de culpabilitate, ajungîndu-se la impasuri nevrotice grave. Aşa se explică faptul că dintre cei 800 de studenţi nevrotici de sex masculin, care constituie materialul faptic de bază al prezentei cercetări, o cincime dintre cei care acuzau o dinamică sexuală perturbată nu făcuseră nici o tentativă, temerea lor fiind amorsată de interpretarea unor fenomene banale drept semne de impotenţă şi aceasta, semnificativ mai frecvent în cazul celor cu dezadaptări acute decît în cazul celor cu nevroză vera. Dar, nici cei care desfăşoară o activitate sexuală cu partenere întîmplătoare nu sînt scutiţi de riscul instalării unor preocupări obsesiv-anxioase declanşate de eşecurile accidentale la care se expun. Cînd anxietatea generală dobîndeşte persistenţă obsesivă, mulţi încep să consulte materiale de educaţie sexuală şi chiar lucrări medicale de specialitate, selecţionînd numai informaţii anxiogene, care agravează şi mai mult tulburările şi evoluţia stării nevrotice, făcîndu-i să înregistreze noi eşecuri sexuale în cadrul încercărilor lor de a-şi „testa" virilitatea. Cînd ajung la medic, vin deja înarmaţi cu cunoştinţe acumulate din lecturile menţionate, solicitînd cu insistenţă consultaţii endocrinologice, spermatograme şi tratament hormonal. Dacă medicul cedează insistenţelor, sperînd în convingerea pacientului de normalitatea sa graţie investigaţiilor de laborator şi în efectul pozitiv al sugestiei, facilitate de administrarea antrogeni-

Scanned with OKEN Scanner

lor, el nu face altceva decît să-i „confirme" pacientului temerea că dinamica sexuală îi este perturbată de cauze organice, endocrine, ceea ce agravează nevroza şi implicit tulburările de dinamică sexuală.

Semnalînd încă o dată frecvenţa cu care se pot întîlni simptome obsesive la studenţi, fără să fie neapărat vorba de o nevroză adevărată, subliniem atît posibilitatea apariţiei compulsiunilor în depresii şi în debutul schizofreniei — Abely, Hoch şi Potain definesc *schizoidul* printr-o plurisimptomatologie nevrotică gravă, mai ales prin simptome din serii divergente, obsesie-depresie şi isterie, sau coincidenţa simptomatologiei nevrotice şi psihopate (239) —, cît şi posibilitatea unei dezvoltări „derapante", susţinută de M. Lăzărescu (239), în care modificările imaginii lumii spre incert, inconsistent, vag, desubstanţializat se înscriu în problematica derealizării şi depersonalizării, avînd semnificaţia alterării raportării la lume, fără ca persoana să fie manifest alterată, ci ratatinată pe o temă, involuînd lent (239).

Accidentul isteric propriu-zis apare mai frecvent la studente, de obicei în sesiunile de examene. În schimb, simptome funcţionale colorează destul de des tabloul clinic al dezadaptărilor acute, chiar şi la studenţii de sex masculin. Fenomenul nu este explicat întotdeuna de o regresiune, mai frecvent fiind motivat de incompleta maturizare. Trebuie însă subliniată obligativitatea unei analize foarte atente a substratului acestor simptome, întrucît există posibilitatea suprapunerii lor peste o afecţiune somatică sau peste debutul unei schizofrenii, precum şi a riscului suicidar pe care nu rareori îl ascund. De asemenea în destule cazuri manifestările isteriforme se instalează pe fondul unui defect de educaţie, destul de frecvent la copilul unic, ai cărui părinţi adoptă din copilărie o atitudine educaţională exagerat de permisivă sau în stilul „copil-minune" sau varianta „mamă-cloşcă", perpetuat pînă la vîrsta studenţiei, facilitînd falsificarea imaginii lumii, iar în momentul confruntării nemijlocite cu realitatea — constituirea unui prag extrem de scăzut la frustrare şi reacţii disproporţionate, cu aspect de simulare. Există însă şi cazuri în care a putut fi incriminat un climat familial viciat, care a contribuit la instalarea unei nevroze isterice, decompensată critic în momentele de vîrf ale dramei familiale sau sub acţiunea unor evenimente stressante de natură şcolară, erotică etc.

Spre deosebire de nevroza adultului şi, pînă la un punct, similar nevrozei adolescentului şi crizei de maturizare juvenile, în dezadaptările nevrotice ale studentului se întîlnesc frecvent simptome atipice (13; 71; 173; 178; 413) care realizează uneori tablouri clinice derutante. Problema majoră pe care o ridică aceste simptome este substratul lor, psihofiziologic sau psihopatologic. O primă variantă o reprezintă decompensarea unei stări morbide schizofreniforme cu caracter psihopatologic constituţional — sindroame discordante — semnalate de Abely (citat în 48), sub influenţa surmenajului, a unor eşecuri şcolare sau a unor factori psihotraumatizanţi de natură erotică. Alterarea gîndirii, afectivităţii şi relaţiilor cu lumea din afară, introversiunea ce mimează un autism autentic cu vicierea capacităţii asociative, se înscriu alături de simptomele nevrotice proteiforme, făcînd aproape imposibilă o încadrare nosologică precisă, uneori nici după 2—3 luni de urmărire a evoluţiei tulburărilor. Desigur că sub această formă, tabloul clinic poate sugera o schizofrenie, fie forma neurasteniformă de debut, frecventă la această vîrstă (28; 370; 371), fie nevroza „preschizofrenică", descrisă de Bleuler şi colab. (citaţi de 370), fie un puseu în cadrul acestei forme de evoluţie a schizofreniei.

Pe de altă parte, criza de maturizare poate fi marcată de prezenţa bizareriilor, de tendinţe introversive, de contra-

Scanned with OKEN Scanner

dicții și incertitudini ale dispoziției, de variații ale adaptabilității (131; 239; 258). Dacă mai adăugăm și observația lui Toolan (168), conform căreia *self*-identitatea difuză Erikson poate conduce în adolescența tîrzie la un sentiment de inutilitate, carență afectivă și însingurare, precum și faptul semnalat de Korkina (168), că la adolescent se poate realiza o perturbare a percepției lumii înconjurătoare, ceea ce echivalează cu derealizarea (concretizată la adolescent prin păstrarea sentimentului acestei perturbări și prin faptul că derealizarea este însoțită de anxietate, neliniște și de teama de a nu înnebuni), în sfîrșit dacă ținem seama de frecvența preocupărilor narcisice ce conduc la modificări de percepție ale imaginii schemei corporale mimînd depersonalizarea, este ușor să înțelegem importanța experienței dobîndite în asistența psihiatrică a studenților pentru identificarea adevăratului substrat al unor astfel de tablouri clinice.

Or, astfel de tablouri polimorfe nu sînt rare la studenți, iar un factor care poate și el induce erori de diagnostic este acela al receptivității tinerilor cu debut schizofrenic la demersul psihoterapeutic, receptivitate similară celei din impasul nevrotic sau din cel de maturizare. Nici performanțele școlare nu reprezintă întotdeauna un indiciu pentru a diferenția o nevroză de o schizofrenie, schizoizii avînd o inteligență formală bună (A. Dührsen, 469), în pofida legăturilor lor insuficiente cu realitatea și a faptului că sînt dominați de un sentiment de înstrăinare și de depersonalizare. Pe de altă parte, tinerii normali, dar care au fost prea entuziaști, pot deveni incapabili să depășească dezorientarea, pot fugi de contactele cu oamenii, exagerează retragerea în sine și o înfrîngere oarecare le poate compromite motivația și eficiența gîndirii. G. Störring și H. Völkel (469) consideră că asemănarea ce există între manifestările crizei juvenile și cele ale schizofreniei s-ar datora năruirii relațiilor cu cei din jur, care coincide cu prăbușirea sentimentului propriei libertăți de gîndire, simțire și voință. Perturbarea fundamentală s-ar produce în spațiul transcendent al cunoașterii active și spontane și al autocunoașterii, spațiu în care omul este capabil să reconstituie trăirile proprii cu conștiința deplinei sale libertăți. Tot acestei perturbări i s-ar datora și fluctuațiile între agresivitate și introversiune, prezente și în schizofrenie, și în criza de maturizare.

Din seria simptomelor atipice am observat la studenți mai ales scăderea nejustificată a motivației pentru studiu, uneori dublată de un impas vocațional surprinzător. Astfel, un student de la o facultate tehnologică, avînd aptitudini și vocație inițială corespunzătoare și rezultate foarte bune la învățătură, solicită brusc, la finele anului II de studii, schimbarea facultății, motivînd că între timp și-a găsit de fapt adevărata vocație pentru ... filozofie. Absentează de la cursuri, nu mai învață, se izolează de colegi, devine introvertit, apatic, iritabil și chiar impulsiv, se comportă bizar și inegal, manifestînd adversitate mai ales față de părinți. Dacă apelează la sprijinul medicului, se plînge de o stare de epuizare, evocă eforturile sale din ultimele clase de liceu și din facultate și solicită un repaus de unul sau doi ani, pentru a se „odihni". Acuză cefalee persistentă, prăbușirea idealurilor sale, un sentiment de nerealizare și de nonsens al efortului de orice fel, iar mediul i se pare ostil. Nu rareori el manifestă un dezinteres pentru dialogul cu medicul, neconsiderîndu-se bolnav și atribuind apariția fenomenelor unui eveniment nesemnificativ, vizita la medic fiind determinată de fapt de obținerea unei justificări medicale a absențelor de la cursuri. Dacă un astfel de pacient solicită singur consultația și dacă examinatorul reușește să stabilească un contact intersubiectiv suficient influențării lui pozitive, se poate presupune natura exo-

Scanned with OKEN Scanner

genă, reactivă, a fenomenelor, urmărirea evoluției permițînd stabilirea adevăratului diagnostic. În schimb, cînd studentul este „adus" de colegi sau de părinți și cînd adoptă o atitudine negativistă sau indiferentă față de demersurile medicului, se profilează cu mare probabilitate debutul unei schizofrenii.

Trebuie să mai fie semnalată și apariția unor elemente interpretative la studenții obligați să repete un an de studii, fenomen indus de un sentiment de culpabilitate sau de devalorizare care-i determină să nu se afilieze noului grup de colegi, pe care-i acuză de adversitate și de intenția de a-i stigmatiza. Însingurați, frămîntați de eșecul lor, acuză dificultăți de concentrare cu scăderea randamentului la învățătură, fobia școlii și a colectivului, se simt desprinși de realitate, au îndoieli privitoare la evoluția ulterioară a studiilor, sînt permanent obosiți și manifestă tendințe introversive. Aceste aspecte se pot corela cu cele privind posibilitatea transformării unor dezadaptări școlare sau universitare într-o schizofrenie exogenă, posibilitate susținută de mai mulți autori (46; 155). Canestrari și colab. (13) afirmă că dificultățile de adaptare ale tînărului la exigențele universitare, uneori dublate de eșecuri în serie la examene, pot induce transformarea viziunii tînărului asupra lumii, pe care o depreciază, concomitent cu o autodepreciere și, astfel fixat în prezent, tînărul pentru care viitorul este golit de conținut, suferă de pe urma perturbării percepției timpului. Dealtfel, posibilitatea existenței unor schizofrenii exogene nu a fost exclusă nici chiar de E. Bleuler, de vreme ce el admitea că deși fiziopatologia acestei psihoze este unică, etiologia poate fi diferită (228). Există și studii epidemiologice care arată că paralel cu înmulțirea cazurilor de schizofrenie (2), a crescut și rata vindecărilor, de la 12% în 1933—1935, la 40% în perioada 1953—1955. Fenomenul nu poate fi atribuit chimioterapiei moderne, de vreme ce în 1952 nici măcar clorpromazina nu se fabrica pe scară industrială (342); explicația constă tocmai din creșterea ponderii pseudoschizofreniilor și a formelor exogene ale psihozei. Se admite deci o nouă ipoteză etiopatogenică a schizofreniei, psihogenia (46; 126; 303) care se adaugă ipotezelor anterioare: a disfuncției diencefalice (Major, citat de 81), a taraxeinei (Osmond), a substratului alergic etc. Factorii de risc incriminați în creșterea numărului de schizofrenii exogene sînt și ei destul de numeroși: factori psihosociali (26), caracterul stressant al contemporaneității (2; 241), accelerarea dezvoltării tinerelor generații (13), suprasolicitarea (318), specificul ocupațional al studentului (85) și chiar răspîndirea muzicii rock-electronice, care din cauza hipoacuziei pe care o provoacă — 45% din lotul de adolescenți studiați de Harris (168) — determină scăderea *input*-urilor senzoriale necesare păstrării homeostaziei emoționale și nervoase.

Deși problema este departe de a fi elucidată, cert este că de multe ori impasul adaptativ al studentului înglobează clinic simptome atipice, iar pe fondul unei personalități incomplet maturizate afectiv și psihosocial, cu trăsături disarmonice, intervenția unui impas adaptativ și de maturizare poate determina evoluția către o psihoză schizofreniformă, probabil exogenă.

Fenomene funcționale neurologice

Semnalarea unor fenomene neurologice funcționale ce pot fi întîlnite la studentul cu dezadaptări nevrotice sau infranevrotice este justificată de problemele de diagnostic diferențial pe care le ridică, probleme cu totul altele decît acelea care se pun la vîrste mai avansate. De asemenea este bine de știut că prezența unor semne obiective neurologice izolate, care nu se înscriu într-un context clinic încadrabil într-o

Scanned with OKEN Scanner

entitate nosologică neurologică cunoscută, nu implică în mod obligatoriu considerarea lor ca substrat al sindromului nevrotic pe care-l prezintă tînărul respectiv. Anamneza *minuţioasă*, examenul clinic atent şi urmărirea evoluţiei în timp a tabloului clinic permit în majoritatea cazurilor eliminarea unei corelaţii cauzale între eventualele microsechele neurologice şi simptomele dezadaptării nevrotice. În legătură cu aceasta merită să reţinem că de multe ori primul născut, mai ales cînd provine de la o primipară mai în vîrstă, poate să rămînă purtătorul unor semne clinice neurologice izolate, urmă a unor suferinţe perinatale minore, provocate de o naştere mai laborioasă. Prezenţa unor astfel de semne nu înseamnă în mod obligatoriu şi o „fragilizare" a psihismului individului. La generaţiile de studenţi la care se referă prezenta cercetare, fenomenul semnalat nu este o excepţie — 32,3% dintr-un lot de studenţi neselecţionaţi (184) — şi, cum studentul păstrează încă o mare labilitate neuro-endocrino-vegetativă, aflîndu-se şi la o vîrstă la care putem asista la debutul insidios al unor boli neurologice, interpretarea corectă a prezenţei unor astfel de semne are o mare importanţă pentru stabilirea atitudinii terapeutice şi a prognosticului. Totodată, prezenţa unor simptome neurologice în afecţiunile psihiatrice nu este excepţională. În depresiile inaparente, Sery şi colab. şi López Ibor Alino (citat de P. Pichot şi J. Hassan în 217) constată: primii, prezenţa acuzelor referitoare la sistemul nervos central la 26,7% dintre pacienţi şi a celor referitoare la organele de simţ la 1,9% dintre ei, iar ultimul — modificări E.E.G. la 11,3% şi tulburări de refracţie oculară imposibil de corectat la 1,8% dintre cei 317 bolnavi studiaţi. Şi, J. J. López Ibor (217) citează ca manifestări neurologice ale depresiunii mascate: meralgia parestezică, nevrite migratoare, acatisia, brahialgia parestezică nocturnă, brahialgia parestezică Wartenberg etc.

Fenomene senzoriale

În sfera analizatorului acustico-vestibular, acuzele cele mai frecvente ale studentului cu tulburări nevrotice sînt ameţelile şi acufenele. Acufenele, frecvente în cazul distoniilor neurocirculatorii, cu predominanţa funcţională a sistemului ortosimpatic (14), pot fi corelate uneori cu un eveniment stressant sau cu semnificaţia emoţională dobîndită de un zgomot (167). Alteori acufenele apar fără vreo cauză evidentă şi persistă surprinzător de mult în timp, ca spre exemplu în cazul unui student în vîrstă de 30 de ani, vechi nevrotic cu trăsături psihastenice ale personalităţii, care timp de zece ani a acuzat perceperea unui zgomot ascuţit intracranian, de intensitate variabilă, dar continuu, fără modificarea acuităţii auditive şi neinfluenţat de evoluţia nevrozei. Examenul E.E.G. evidenţiind un traseu iritativ, i s-a administrat şi un tratament anticomiţial, paralel cu terapia nevrozei, dar fără nici un rezultat.

Dat fiind că bolnavii cu tulburări ale acuităţii auditive apelează la cabinetul ORL, în cei aproape 20 de ani de activitate în Spitalul studenţesc, n-am întîlnit decît două cazuri de surditate isterică la studente ale facultăţii de actorie.

În ceea ce priveşte ameţelile, acuzate de 35,2% dintre pacienţii noştri, au fost semnalate şi de 17% dintre studenţii lotului martor, fapt ce permite presupunerea că numai la jumătate dintre nevrotici substratul lor a fost cu adevărat cel nevrotic, la restul fiind vorba de manifestări ale surmenajului, abuzului de cafea şi fumatului excesiv, somnului insuficient, absenţei unui program de cultură fizică, ale hipoglicemiei de natură alimentară, ale sindromului vegetativ premenstrual etc. Analiza atentă a momentului şi situaţiei în care se instalează, a caracteristicii şi duratei lor, permite diferenţierea „ameţelilor" acuzate de isterici şi de obsesivo-fobici de cele ale tinerilor cu vi-

Scanned with OKEN Scanner

cii de refracţie oculară necorectate, de cele provocate de o nevralgie a nervului Arnold, de crizele minore epileptice şi de alte ameţeli cu substrat organic. Dificultatea corectei lor interpretări provine uneori şi din multiplele sensuri care sînt atribuite conţinutului semantic al cuvîntului de către laici. Dar cercetări mai recente (136) au evidenţiat electro-nistagmografic scăderea pragului nistagmic şi o labilitate a coordonării comandate de nervul vestibular la nevrotici, precum şi posibilitatea „visceralizării" acestor tulburări.

Tulburările de echilibru, mai frecvente la isterici, anxioşi şi fobici, îşi dezvăluie mai greu natura nevrotică, mai ales dacă apariţia lor coincide cu un traumatism cranian.

Dar ţinînd seama de faptul că orice traumatizare craniană *mecanică* este dublată de o traumă *emoţională*, investigaţia clinică minuţioasă — efectuarea probei braţelor întinse, pacientul fiind aşezat pe un scaun şi rezemat, scoate la iveală adesea natura nevrotică a unora dintre tulburările de echilibru observate în proba Romberg — şi investigaţia anamnestică, dublată de o scrutare a personalităţii pacientului, permit elucidarea adevăratului lor substrat.

Analizatorul vizual, intens solicitat la student (58; 171; 334), este sediul a numeroase disfuncţii, care, suprapunîndu-se altor manifestări ale surmenajului, induc preocupări anxioase la tineri, deoarece le periclitează posibilitatea de a studia. Paralel cu investigarea condiţiilor în care efectuează studiul individual — iluminatul general şi local etc. — trebuie culese informaţii privitoare la toţi factorii ce pot induce fenomene de astenopie acomodativă — alimentaţia neritmică, fumatul, penuria somnului, surmenajul etc. — dar şi la cauzele „organice" — vicii de refracţie, afecţiuni oftalmologice sau neurologice. Un exemplu elocvent în acest sens îl constituie observaţia unei studente care, suferind de o nevroză isterică, acuza adesea fenomene de astenopie acomodativă. La un moment dat, concomitent cu o nouă decompensare reactivă a nevrozei, tînăra se plînge de apariţia unei diplopii; examenul neurologic a diagnosticat primul puseu al unei leuconevraxite.

Fenomene senzitive

Cenestopatiile, definite de Dupré şi Camus (citaţi de 18) ca „. . . alterări ale sensibilităţii comune sau interne . . . care provoacă reacţii de natură variabilă în conformitate cu tendinţele interne...", sînt diferenţiate de H. Baruk (18) în: *primare*, induse de leziuni cerebrale, şi, *secundare*, cu substrat vascular, periferic, acestea putînd apărea „independent de orice reacţie psihopatică asociată" (326). Cleghorn şi Curtis (267) le caracterizează ca mesaje incerte a căror cauză nu poate fi precizată nici clinic şi nici prin examene de laborator. Ey (citat în 217) clasifică manifestările psihopatologice cu expresie somatică în cenestopatii tipice — conform descrierii lui Dupré — şi preocupări ipohondrice, care se bazează pe un dezechilibru permanent al personalităţii, de la conceptul pur, trecînd prin preocupări obsesive sau imaginative asupra sănătăţii, pînă la senzaţii şi percepţii anormale.

În lotul nostru, proporţia pacienţilor care au acuzat cenestopatii a oscilat între 18% printre cei cu dezadaptări acute şi 41,1% la cei cu nevroze constituite. În concordanţă cu opiniile altor autori, şi noi considerăm că ele ar avea ca substrat disfuncţii diencefalice, expresie a hiperactivării generată de riscul de eşec care domină activitatea studentului, de labilitatea sa psihică şi neuro-endocrino-vegetativă, indusă de desfăşurarea procesului de maturizare, de dificultăţile de adaptare şi de factori somatici. Odată instalate, cenestopatiile tind să se transforme în preocupări obsesive cu caracter ipohondric prin polarizarea atenţiei asupra corporalităţii

Scanned with OKEN Scanner

(239). Se mai subliniază faptul că cenestopatiile se însoţesc de incertitudine şi de teamă, dat fiind că este vorba de o modificare a cenesteziei, sursa de informare a individului asupra cursului vieţii şi propriei scheme corporale (195). În asemenea situaţii există un risc accentuat de intervenţie a iatrogeniei, reprezentat în special de adoptarea unei atitudini terapeutice bazată pe chimioterapie abundentă, în timp ce informarea pacientului asupra naturii şi mecanismului lor de apariţie are valenţe psihoterapeutice incontestabile (71; 325; 326).

Nu mai puţin frecvent se întîlnesc la pacienţii noştri parestezііle, cu sediu şi caracter variabil. Ele dobîndesc semnificaţie pentru pacient numai atunci cînd se suprapun fie unui teren psihic labil, fie unei perioade de hiperactivare psihică, aşa cum se întîmplă în perioadele de vîrf ale anului universitar, momente în care surmenajul explică instalarea lor, cunoscută fiind spre exemplu hiperestezia la stimuli banali, indusă de privaţiunea de somn (273). În ceea ce priveşte terenul, Lindsberg subliniază modificarea pragului sensibilităţii la durere, tulburări menţionate la personalitatea isterică şi în depresii. Reciprocitatea relaţiei durere-psihism şi-a găsit recent o explicaţie neurofiziologică solidă; odată cu descoperirea sistemului de control al influxurilor senzitive de la nivelul rădăcinilor posterioare ale măduvei spinării, Melzack şi Wall elaborează în 1965 „gate control theory". Mumenthaler (36) consideră că staţia de releu şi de mediere a influenţei durerii asupra psihismului şi a retroacţiunii unor factori psihici asupra durerii s-ar afla în sistemul limbic, sistem care pe de-o parte primeşte aferenţe talamice, iar pe de altă parte joacă un rol important atît în expresia emoţiei cît şi în procesul de gîndire (vezi şi 115).

Să mai subliniem atenţia ce trebuie acordată în cazul studentului cu tulburări nevrotice, caracterului „simbolic" al unor acuze în ceea ce priveşte sensibilitatea. De multe ori tînărul, puternic afectat de simptomatologia pe care a prezentat-o o persoană din anturajul său apropiat, persoană care a decedat sau căreia i s-a diagnosticat o boală gravă, percepe senzaţii greu de descris şi caracterizat, localizate exact în aceleaşi teritorii ca şi modelul, ceea ce duce la instalarea unor preocupări cu caracter obsesivo-fobic focalizate. Chiar dacă astfel de temeri sînt perfect conştientizate, pacientul care intuieşte netemeinicia lor nu le dezvăluie medicului, insistînd asupra parestezііlor sau cenestopatiilor. În aceste cazuri, chimioterapia este precis neputincioasă, atîta vreme cît terapeutul nu „demască" adevăratul substrat al senzaţiilor anormale ale tînărului, explicîndu-i „de ce" în cazul său nu poate fi vorba de boala de care suferea persoana ce i-a servit ca model. Am observat situaţii similare şi la bolnavi de scleroză multiplă în perioadele de remisiune, cînd, sub acţiunea unei tensionări psihice deosebite, acuză parestezii ce au existat în timpul puseului. Diferenţierea substratului are şi în aceste cazuri o importanţă deosebită.

Fenomene motorii

Acestea pot reprezenta simptomul major şi uneori chiar unicul simptom al nevrozei, ca în cazul tulburărilor de elocuţiune sau al diskineziilor profesionale, alteori intricîndu-se cu alte manifestări nevrotice, realizează nevrozele mixte.

Tremorul extremităţilor sau cel generalizat, semnalat de Kreindler la 68% dintre nevroticii studiaţi (228), este acuzat frecvent de studenţi, deşi clinic nu l-am pus în evidenţă decît la 15% dintre pacienţii lotului nostru. Înainte de a afirma natura nevrotică a tremurăturii, obişnuim să culegem informaţii despre regimul de viaţă şi de muncă al pacientului nostru: defectuoasa administrare a bugetului său de timp, neli-

Scanned with OKEN Scanner

niaritatea curbei sale de efort, abuzul de cafea, fumatul excesiv şi dezordinea ce domneşte în modul de alimentaţie fiind adesea cauza căutată. Alteori însă, tremurătura face parte din manifestările somatice ale anxietăţii sau din disperarea demonstrativă a istericului. În sfîrşit, mai ales la studente, tremurăturile se pot înscrie într-un context de tulburări funcţionale diencefalice amorsate de *stress*, din care nu lipsesc fenomenele neurocirculatorii, hiperreflectivitatea osteo-tendinoasă, semnul Chvostek, semnele clinice ale unei hiperfoliculinii secundare etc., întreg tabloul sugerînd o tetanie sau o hipertiroidie.

Un mijloc simplu de diagnostic etiologic al tremurăturii, care s-a dovedit a avea şi valenţe psihoterapeutice, este supunerea pacientului la executarea probei liniilor paralele, avînd grija de a-i sustrage atenţia în timpul executării probei, iar după aceea, oferindu-i o lupă, îi cerem să încercuiască porţiunile tremurate ale dreptelor trasate, vindecarea producîndu-se aproape instantaneu.

În schimb, neliniştea motorie de tip Dupré, rar întîlnită, poate reprezenta un indicator al existenţei unui substrat microsechelar.

Ticurile, destul de rar observate la pacienţii studiaţi, variate ca formă, ridică problema majoră a diferenţierii lor de stereotipiile psihasteniforme din faza de debut a unor cazuri de schizofrenie (82) şi în subsidiar, problema substratului lor lezional, sechelar. Unul dintre criteriile de diferenţiere a ticurilor de stereotipiile din schizofrenia incipientă rezidă în faptul că nevroticul se plînge de prezenţa şi de caracterul compulsiv al ticului, care dispare în timpul dialogului cu examinatorul, în timp ce în cazul schizofrenicului, acesta nu se plînge de prezenţa ticului, stereotipiile devenind şi mai manifeste cînd este concentrat asupra discuţiei purtate cu medicul.

Disfuncţiile tonice (303), pe care bolnavul le descrie ca pe nişte pierderi instantanee ale tonusului muscular, cu sau fără cădere, le-am observat uneori în formele isterice, alteori la fobici.

La fel de rară este forma hipertonică, prezentă la isterici, mimînd o criză de tetanie. Practicarea probei garoului sub pretextul măsurării tesiunii arteriale confirmă natura nevrotică şi, însoţită de sugestie, poate vindeca simptomul.

Semnalăm şi prezenţa unor cazuri în care pacientul acuza forma parestezică a sindromului picioarelor neliniştite, avînd ca substrat mai frecvent tulburările neurocirculatorii periferice, determinate de consumul abuziv de cafea şi de fumatul excesiv (407) decît de depresiunea larvată.

Paraliziile isterice sînt rare şi cedează rapid la sugestie, uneori fiind „copiate" de la un bolnav din anturajul pacientului. În legătură cu această simptomatologie, T. şi C. Vlad (450) fac o analogie între substratul paraliziei nevrotice şi cel al membrului fantomă, subliniind importanţa reprezentării corticale a membrului respectiv şi în general strînsa legătură între instanţa viscerală şi cea corticală. Autorii menţionaţi consideră că reprezentarea anxiogenă a paraliziei membrului propriu, sub influenţa modelului oferit de o persoană paralizată de care pacientul era puternic legat afectiv, conduce la o pseudoparalizie care nu este nici conştientă şi nici inconştientă, aceasta fiind expresia perturbării dinamicii corticale sub presiunea tensionării afective determinată de reprezentarea corticală.

Subliniem de asemenea faptul că ori de cîte ori un tînăr acuză un deficit motor sau/şi parestezii în membrul superior stîng, trebuie suspectată o cardiofobie amorsată de un „model", (de obicei unul dintre părinţi), frica de infarctul miocardic fiind surprinzător de frecventă la această categorie de tineri.

Balbismul, considerat de Dosužkov (303), o boală a relaţiilor sociale, de Nadoleczny (citat de 227) o boală de natură psihotraumatică, a fost explicat de G. Marinescu, O. Sager şi A. Kreind-

Scanned with OKEN Scanner

ler (261) prin dezechilibrul excitație-inhibiție din centrul motor cortical al limbajului, care acționează asupra unui aparat fonator și de articulat cuvîntul marcat de o debilitate înnăscută. În favoarea existenței unei predispoziții pledează și cercetările lui Seeman (citat de 82) care au dovedit transmiterea genetică a defectului și prezența unei constituții hiperemotive, a neliniștii motorii Dupré și a hiperfuncției ortosimpatice. Menționăm că, deși la Al VI-lea Congres de psihologie de la Madrid din 1966 (145) s-au dezbătut toate teoriile etiopatogenice existente — metabolică, a disfuncției sistemului nervos central, a tensiunii musculare, a tulburărilor de personalitate și a anxietății —, nu s-a ajuns la o concluzie.

Tulburările de elocuțiune, datînd de cele mai multe ori din copilărie, sînt atît de puternic fixate la vîrsta studenției, încît nici pacientul nu ne mai consultă decît în vederea obținerii unor acte medicale, ceea ce explică raritatea observațiilor — numai 9 astfel de bolnavi. La acești bolnavi n-am putut stabili dacă anxietate și tulburările neurocirculatorii însoțitoare erau consecința sau cauza defectului, dar am observat fenomenul semnalat de Soderberg (406), și anume accentuarea tulburării în funcție de conținutul informațional al cuvintelor pronunțate.

Crampa scriitorului sau a instrumentistului am întîlnit-o la 18 dintre pacienții noștri. Dacă uneori teama obsesivă pentru efectuarea actului motor (243) era evidentă în cadrul unui act impus (454), alteori apărea opoziția inconștientă față de profesie (467) sau ca o reacție la un *stress* acut (59). În schimb, n-am constatat la nici unul dintre pacienți transformarea din stîngaci în dreptaci, etiologie incriminată de Gérard (82). La studenții cu o crampă a instrumentistului, tulburarea s-a instalat ca urmare a unui eșec profesional și a oboselii musculare (457), confirmînd intricarea factorilor somatogen — microleziune focală sau disfuncție musculară (303) și psihogen — emoțiile putînd modifica circulația și metabolismele (118; 122). Unii autori admit influența directă a emoției asupra inervației motorii și participarea mecanismelor de conversiune la apariția acestor diskinezii, denumindu-le „isterie fără isterie". Astfel, P. Brânzei (48) subliniază că în cadrul conceptului de psihogenie, crampa profesională constituie un exemplu caracteristic de nevroză prin conversiune. Autorul menționat îl citează pe W. Birkmayer, care susține că în crampa profesională intervine participarea efectorie a formației reticulate, dovadă fiind înscrierea fenomenului de „arousal" reacțional. Or, efectul generalizat al acestui fenomen nu apare numai în cursul stimulărilor aferențelor senzitive și senzoriale, ci și prin inducția psihogenă a tonusului emoțional.

Important de subliniat este aportul unei bune anamneze, la doi dintre bolnavii noștri anamneza permițîndu-ne diagnosticarea unei miozite și, respectiv, a sechelelor a unei vechi fracturi a oaselor carpiene.

Tulburări neurovegetative

Sediul integrării balanței funcționale a celor două componente ale sistemului autonom se găsește în hipotalamus și formația reticulată; cele două componente acționează împreună, acordînd — *tuning* — manifestările vegetative din cadrul comportamentelor emoționale (64). Dacă primele cercetări efectuate la sfîrșitul secolului trecut au condus la apariția unor concepte ca acelea ale lui James și Lange, pentru care emoția ar reflecta *feed back*-ul vegetativ somatic, și, respectiv, cel vasomotor, sau teoria talamică, a stării de urgență — „emergency theory" — elaborată de Cannon și Dana, ulterior Papez (1937—1939) a descris circuitul implicat în apariția emoției, care-i poartă numele, Mac Lean implicînd și cortexul cerebral. Mac Lean emite ipoteza conform

Scanned with OKEN Scanner

căreia emoţia implică interconexiunile cortico-hipotalamice, trăirea emoţională şi expresia ei fiind legate de funcţionalitatea circuitului lui Papez. La cunoştinţele acumulate se adaugă şi intervenţia activatoare a formaţiei reticulate din trunchiul cerebral (Magoun, Moruzzi, Jasper, Lindsley), iar participarea cortexului a fost demonstrată EEG de Gelhorn, care constată desincronizarea traseelor prin activare ergotropă şi accentuarea ritmului alfa de activarea trofotropă. În ultimele trei decenii conceptele despre interrelaţia emoţie-modificări funcţionale ale sistemului autonom au mai fost completate cu aportul teoriei învăţării, Miller, Galanter şi Pribram emiţînd teoria „pattern"-urilor mintale, precursoare ale structurării diferitelor comportamente operante, J. Lacey enunţînd principiul specificităţii răspunsului autonom, iar Bindra ajungînd la concluzia că din punct de vedere neuropsihologic, emoţia şi motivaţia ar putea fi reunite într-o singură formulă, aceea de „starea motivaţională centrală". Menţionăm şi observaţia lui Eysenk, conform căreia comportamentele sînt rezultatul interacţiunii dintre bagajul genetic — care se referă la particularitatea unor structuri ale sistemului nervos central şi ale sistemului nervos autonom — şi mediul exterior, precum şi aportul concepţiei moniste a corelaţiei cortico-subcorticale a lui Pavlov; în felul acesta devine evident faptul că „... activitatea sistemului nervos vegetativ are o mare importanţă în studiul unor fenomene sau procese psihice (atenţie, vigilenţă, emoţie, oboseală, *stress* etc.)" (64).

Mergînd pe linia concepţiei pavloviste, Sager şi colab. (73), au descris astfel substratul neurofiziologic al circularităţii celor două fenomene: leziunile sau disfuncţiile corticale determină funcţionarea „haotică" a diencefalului — în special a hipotalamusului —, disfuncţie ce „ricoşează" (66) la receptorii periferici, al căror *feed back* agravează şi temporizează perturbările servomecanismelor diencefalice, creînd premisele instalării unor leziuni structurale (133), dacă există o predispoziţie de natură genetică (101; 195; 368; 429), o condiţionare (228) sau o fragilitate a organului lezat (162; 363).

Deşi chiar Aristotel amintea de un „suflet vegetativ", abia în ultimele decenii atenţia cercetătorilor s-a îndreptat asupra acestei „charniere" somatopsihice (43), „pacemaker"-ul diencefalic (83; 160; 195; 259; 356; 370; 379), centru al reacţiilor socio-psiho-somatice (386), sediu al tonusului instinctivo-afectiv, tonus care se manifestă inconştient pe claviatura organelor vieţii vegetative (112), dînd naştere sindroamelor psiho-neuro-vegetative (90) sau nevrozelor, zise „vegetative" (100). Wittkower, Luria, Huston, Pressky şi alţii (citaţi în 126) au demonstrat creşterea hidrocortizonului plasmatic la anxioşi, posibilitatea condiţionării sau a inducerii prin hipnoză a unor modificări biochimice sau viscero-motorii etc. confirmînd corelaţiile somatopsihice.

Recent, s-a desprins din medicina psihosomatică o ramură nouă, sociosomatica, de fapt socio-psihosomatica, aşa cum o numeşte Schaefer (386), autor care susţine că influenţele sociale acţionează asupra organismului prin intermediul reacţiilor psihice pe care le declanşează (fig. 12 şi fig. 13).

Schaefer a demonstrat experimental că procesele vegetative şi cele psihice formează un tot indivizibil care însoţeşte emoţiile, precum şi semnificaţia biologică a fenomenelor vegetative declanşate de emoţii. El constată că mediul social poate influenţa individul fie automat, condiţionînd unele comportamente ca fumatul, consumul de alcool, obiceiurile alimentare, scăderea solicitării fizice sau stressul indus de tehnologie, fie prin intermediul emoţiilor ce se nasc din interacţiunea individului cu mediul.

Deşi unii autori (220) susţin posibilitatea diferenţierii consecinţelor somatice ale nevrozei de starea somatică

Scanned with OKEN Scanner

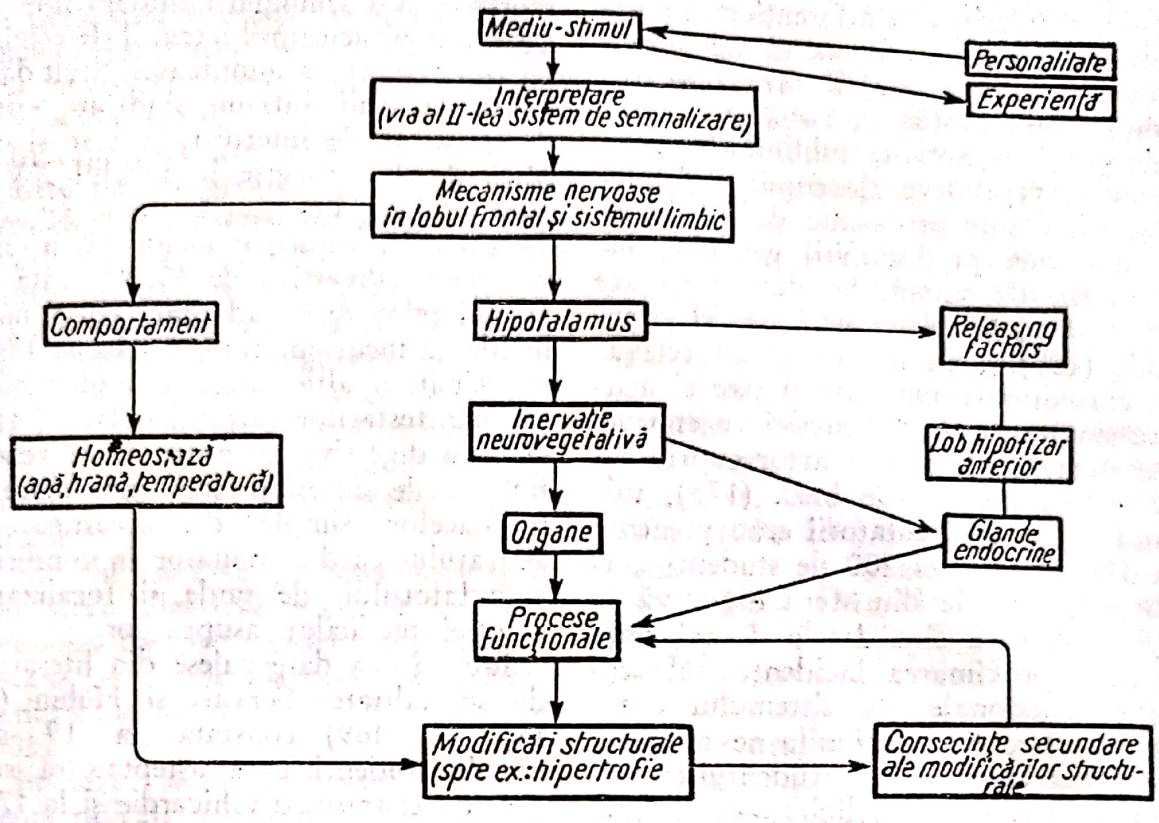


Fig. 12 — Reprezentare schematică a influențelor de origine socială care afectează organismul omului (și animalelor) (după H. Schaefer).

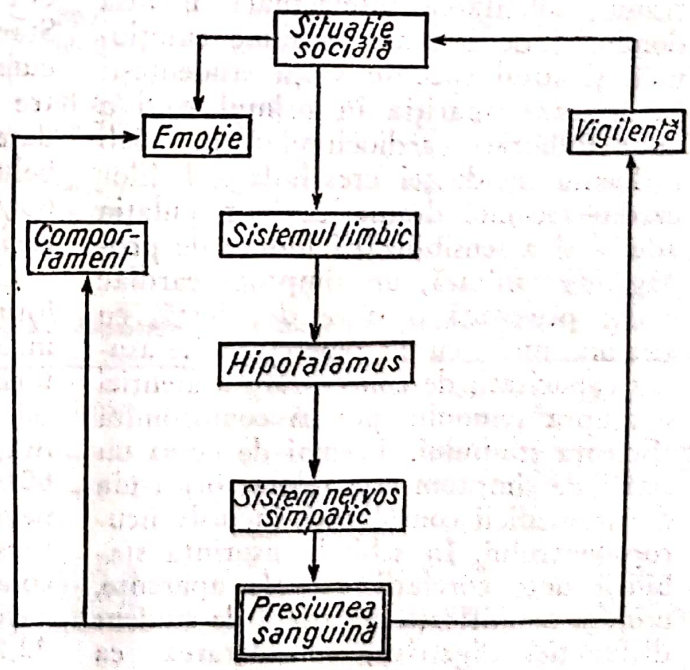


Fig. 13 — Influențe psihosociale care se exercită conform principiului *feed back* (după H. Schaefer).

Scanned with OKEN Scanner

preexistentă, această diferențiere nu este totdeauna posibilă în cazul adolescentului. K. Nitsch (307) îl citează pe Rominger care evalua la 86% școlarii cu labilitate vegetativă, subliniind că suferințele vegetative ale copiilor și adolescenților sînt provocate de mediu pe fondul unei predispoziții genetice, influențată de vîrstă. Sondaje efectuate pe studenți *neselecționați* de M. Eraclide (109) și de noi (184) au relevat că aproximativ jumătate dintre ei acuzau simptome ale disfuncției vegetative. De asemenea în lotul martor cuprins în cercetarea noastră de bază (173), tulburările cardiocirculatorii erau prezente la 37% dintre cei 200 de studenți „sănătoși", iar cele din sfera digestivă la 5,5%. Acestea sînt datele de referință pentru aproximarea incidenței tulburărilor funcționale ale sistemului autonom, induse de afecțiunile nevrotice.

În momentul în care studentul cu tulburări nevrotice solicită consultația neuropsihiatrului, el acuză în special simptome cardiocirculatorii și mult mai rar simptome din sfera digestivă. Dacă este adevărat că inima este organul manifestării predilecte a conversiei psihosomatice (195), nu este mai puțin adevărat că în cazul studentului, sedentarismul, solicitarea intelectuală intensă dominată de o mare tensiune emoțională și stilul specific vieții studențești favorizează apariția în primul rînd a unor tulburări cardiocirculatorii. Sub influența incidenței crescînde a bolilor cardiovasculare dramatice în populația adultă și a sensibilizării induse de propaganda sanitară, un simptom cardiac izolat provoacă o stare de alertă, cu atît mai mult, cu cît repercusiunile asupra capacității de concentrare a atenției și asupra somnului pot să compromită eficiența studiului. Tocmai de aceea un astfel de simptom este relatat oricăruia dintre medicii consultanți, inclusiv neuropsihiatrului. În schimb, ușurința stabilirii unei corelații cauzale aparente, minora semnificație acordată de student disfuncției digestive, considerarea ca inoportună a semnalării tulburărilor digestive unui neuropsihiatru, îl determină pe tînăr să nu le amintească decît dacă s-au constituit într-un sindrom deja diagnosticat de internist. Așa se și explică datele cuprinse în tabelul XVII, care indică în grupa celor cu nevroză constituită o incidență a sindroamelor digestive de 30,4%, față de grupul celor cu dezadaptări acute, unde incidența menționată nu depășește 18%. În sfîrșit, o altă cauză a predominanței manifestărilor cardiocirculatorii față de cele digestive ar putea fi reprezentată și de accesibilitatea mai mare a mijloacelor simple de investigare a aparatului cardiocirculator în condițiile ambulatorului, de unde și focalizarea atenției medicilor asupra lor.

Iată cîteva date culese din literatura de specialitate: Servais și Hubin (citați în 469) constată la 19 din 35 de studenți care așteptau să susțină un examen, o tahicardie și la 17 o creștere a tensiunii arteriale; A. Dührsen (469) pune în evidență la 49 din 117 studenți nevrotici existența unui „sindrom vegetativ" pe care-l echivalează cu anxietatea; Gebauer (469) semnalează prezența unor simptome somatice și vegetative, dominante la 104 din 137 de studenți nevrotici; Viorica Stănculescu (420) constată valori crescute ale tensiunii arteriale la 40% dintre studenții ultimului an universitar; datele referitoare la lotul nosrtu (tabelul XVI) arată o pondere medie de 60% pentru pacienții cu tulburări neurocirculatorii.

Comparativ cu ceea ce observăm în loturile de studenți nevrotici, la care incidența manifestărilor cardiocirculatorii ale disfuncției neurovegetative este cel puțin dublă față de manifestările din sfera digestivă — în lotul nostru 60% față de 24,2% —, în loturile de nevrotici mai vîrstnici raportul se inversează. Iată cîteva exemple: Sery și colab. (citați în 217), — 10,7% pacienți cu tulburări cardiocirculatorii și 22,2% cu tulburări digestive; Lopez

Scanned with OKEN Scanner

Ibor Alino (citat în 217) — 3,7% dintre depresivii studiaţi prezentau hipertensiune arterială; Höck (303) — din 800 nevrotici, doar 20,5% cu acuze cardiocirculatorii.

În raport cu aceste date constatările noastre par exagerate. Dar, dacă apreciem că şi în lotul martor simptome cardiocirculatorii se întîlnesc la cca 40% dintre tinerii „sănătoşi", înseamnă că din cei 60% studenţi nevrotici cu tulburări neurocirculatorii, este normal să considerăm aceste tulburări secundare nevrozei la numai 20% dintre ei, ceea ce face să dispară diferenţele dintre studenţii nevrotici şi nevroticii mai în vîrstă.

Nici în ceea ce priveşte tulburările din sfera digestivă nu sînt diferenţe semnificative între datele personale — 24,2% — şi cele ale altor autori, care variază între 16% (353) şi 20,5% (303).

În cazul studenţilor nevrotici, incidenţa ridicată a disfuncţiilor vegetative este explicată de intervenţia unor factor legaţi de specificul ocupaţional, iar structura histo- sau ergotropă a individului (133) şi natura emoţiei (122) influenţează numai tipul acestor reacţii. Ax (citat de 122) a demonstrat că frica provoacă un sindrom adrenalinic pur, în timp ce mînia provoacă un sindrom mixt adreno-noradrenalinic, fenomen care explică posibilitatea apariţiei tahicardiei paroxistice la tinerii nevrotici cu o structură „inertă" (Lacey, citat de 122). Dar în cazul studentului trebuie luaţi în considerare şi alţi factori ce pot deregla sistemele vegetative, cum sînt insuficienţa somnului (112; 237), excesul de cafea şi fumatul abuziv (Raab, citat de 154), sedentarismul (31; 72; 354), activitatea intelectuală intensă dominată de tensiune emoţională ridicată (112; 154; 237; 270; 330). În acest sens, este cunoscută descărcarea de catecolamine declanşată de calculul mintal sau în timpul sugerării hipnotice a situaţiei

TABELUL XVI

Proporţia pacienţilor care prezentau tulburări clinice neurocirculatorii

	Total	*Dominanta funcţională:*		
		ortosimpatică	*parasimpatică*	*neprecizată*
Pacienţi din lotul martor	36,0 %	9,5 %	12,5 %	14,0 %
Pacienţi cu dezadaptări nevrotice	60,0 %	27,3 %	12,5 %	20,2 %
din care:				
cu nevroze constituite	61,8 %	28,8 %	14,0 %	19,0 %
cu dezadaptări acute	57,7 %	26,3 %	10,7 %	20,7 %
din care:				
cu reacţii nevrotice	56,4 %	27,7 %	9,7 %	19,0 %
cu sindroame de suprasolicitare	59,5 %	24,5 %	12,0 %	23,0 %

TABELUL XVII

Proporţia pacienţilor cu manifestări digestive ale disfuncţiei neurovegetative

	Total	*Colite*	*Gastro-duodenite*	*Diskinezii biliare*	*Diverse*
Pacienţi din lotul martor	5,5 %	2,0 %	2,0 %	0,5 %	1,0 %
Pacienţi cu dezadaptări nevrotice:					
Total	24,2 %	13,0 %	6,0 %	3,3 %	1,8 %
cu nevroze constituite	30,4 %	17,4 %	7,0 %	4,7 %	1,3 %
cu dezadaptări acute	18,0 %	8,9 %	5,0 %	1,9 %	2,4 %

Scanned with OKEN Scanner

de examen (160) sau în timpul vizionării unor imagini cu semnificaţie emoţională (158). Aceste aspecte ar putea explica morbiditatea mai ridicată prin boli cardiovasculare la intelectuali, oameni de afaceri şi orăşeni (375).

În condiţiile activităţii medicului din ambulator, considerăm că dominanta funcţională orto- sau parasimpatică a disfuncţiei vegetative se poate aplica măsurînd tensiunea arterială şi pulsul în poziţia aşezat, apoi imediat după ce pacientul se ridică, eventual şi după efectuarea probei de efort (223), fără a mai apela la probele de laborator propuse de unii autori (220). Cu ajutorul acestei metode simple am obţinut aceleaşi rezultate ca şi alţi autori (122; 154; 467), care susţin similitudinea dintre manifestările cardiocirculatorii ale funcţiei ortosimpatice şi acelea determinate de solicitările emoţionale. De asemenea în concordanţă cu datele lui Graham (citat de 453), am observat la studenţii nevrotici în perioade de *stress* creşteri ale tensiunii arteriale atît sistolice, cît şi diastolice, în afara unei maladii hipertensive esenţiale (453). Acest fenomen, împreună cu labilitatea frecvenţei pulsului, a culorii, temperaturii şi umidităţii tegumentelor extremităţilor — acrohiperhidroza apoasă constituind un indicator psihofiziologic (83; 122; 377) — pot alcătui un set de semne clinice de „obiectivizare" a nevrozei. În astfel de situaţii, studentul consultă medicul pentru diverse senzaţii precordiale, cefalee pulsatilă, ameţeli, transpiraţii şi tremurături ale extremităţilor, toate aceste simptome accentuîndu-se în timpul repausului şi solicitării intelectuale şi diminuînd substanţial în timpul antrenamentului fizic sau al unui joc sportiv. Tulburările menţionate acţionează asupra cortexului cerebral „ca un bumerang" (Kretscher, citat de 133) declanşînd o stare de alertă cu hipoprosexie şi scăderea eficienţei studiului individual.

Studii psihometrice efectuate de Fahrenberg la bolnavii hipertensivi au demonstrat ponderea mai ridicată a persoanelor tensionate, afectabile, hiperexcitate şi cu postreacţii durabile, dar nici cercetările lui N. Lang şi colab. şi nici cele efectuate L. Delius n-au permis identificarea unor structuri sau stări conflictuale specifice, care să predispună la instalarea maladiei hipertensive (108). Deci şi în cazul studentului, labilitatea emoţională, în parte indusă de postadolescenţă, în parte de specificul ocupaţional, favorizează instalarea unor disfuncţii neurocirculatorii. Acestea repetîndu-se periodic — cu fiecare sesiune de examene — pot să constitue premisa apariţiei unei hipertensiuni arteriale durabile; întrucît creşte rezistenţa periferică, mai ales cînd există un teren predispus (Reisser, citat în 126), dar şi în absenţa acestei predispoziţii constituţionale, se recunoaşte stressului un potenţial de provocare a unor alterări morfofuncţionale (195).

Dar odată instalate simptomele cardiocirculatorii, este de temut iatrogenia. Delius subliniază semnificaţia etiologică importantă şi ireparabilă pe care o dobîndeşte iatrogenia în cazul „tulburării mele circulatorii" sau al „inimii pseudobolnave". Stabilirea unui diagnostic de rezonanţă pentru tînărul pacient, ca tahicardie paroxistică, hiper- sau hipotensiune arterială, prescripţia unei medicaţii încărcate şi recomandări igieno-dietetice adecuate hipertensivului matur — regim hiposodic, evitarea eforturilor fizice, evitarea traumelor psihice etc. — dar lipsite de sens în cazul unor astfel de disfuncţii vegetative, pot reprezenta o sursă de preocupare obsesivo-fobică gravă. În schimb, recomandînd raţionalizarea curbei de efort, un program zilnic de cultură fizică şi mai ales explicînd cauzele şi natura tulburărilor, întreprindem un act terapeutic şi psihoterapeutic eficient (Bolgaert, citat de 120; 322).

Dar datele din tabelul XVI atestă şi caracterul stressant al activităţii stu-

Scanned with OKEN Scanner

dentului, prin proporţia triplă a tinerilor cu o dominană ortosimpatică în lotul nevroticilor (27,3%), comparativ cu proporţia celor din lotul martor (9,5%). În acelaşi timp şi ponderea tinerilor cu un „antagonism interstimulant" (84) de tip mixt este mai ridicată printre nevrotici decît printre sănătoşi — 20,2% faţă de 14% — proporţia celor cu dominantă parasimpatică fiind egală în ambele loturi. Aceste date confirmă faptul că o excitaţie corticală intensă şi scurtă induce un răspuns miocardic vagal, în timp ce stressul durabil provoacă o reacţie ortosimpatică. Un exemplu elocvent de răsunet cardiovascular al stressului psihic îl constituie unul dintre pacienţii noştri, la care se diagnosticase în adolescenţă un sindrom coronarian, punct de plecare al unei cardiofobii. Cu ajutorul unei chimioterapii simptomatice şi al psihoterapiei de susţinere, tulburările au dispărut, fără să reapară nici măcar într-o situaţie catastrofală ca aceea în care pacientul a fost în iminenţa unei submersii.

În ceea ce priveşte manifestările disfuncţiei neurovegetative în sfera aparatului digestiv, vom menţiona din numeroasele cercetări experimentale şi clinice (83; 122; 123; 126; 173; 176; 216; 228; 247; 273; 326; 354; 368; 377; 378; 379; 380) numai două, efectuate pe loturile de studenţi. Astfel, Mahl (citat de 123) evidenţiază că în preajma sesiunilor de examene, sub acţiunea emoţiei, apar modificări ale motilităţii gastrice numai la studenţii „angajaţi", nu şi la cei indiferenţi, iar Yujiro şi colab. (citaţi de 195) demonstrează, că sugerînd hipnotic unor studenţi o situaţie conflictuală, se produce o hipertonie a colonului, în timp ce inducerea unei stări afective negative scade presiunea intrasigmoidiană.

Afirmaţia lui G. Ionescu (195) precum că ulcerele duodenale sînt mai frecvent psihogene decît cele gastrice, şi constatările lui Dunbar, Engel (citaţi de 195) referitoare la variaţiile secreţiei şi acidităţii gastrice în funcţie de starea psihică, se confirmă în cazul studentului, tocmai prin proporţia ridicată a gastroduodenitelor.

Funcţia respiratorie fiind investită afectiv în cel mai înalt grad, orice dificultate respiratorie este trăită dramatic (195), indiferent dacă modificările afectează frecvenţa, profunzimea sau ritmicitatea respiraţiei. La nevrotic se descrie frecvent tahipneea, respiraţia în salve sau cu suspine (33; 160), unii autori reuşind să coreleze tipul dispneii cu natura emoţiilor (122). Desigur că printre pacienţii noştri am observat astfel de fenomene, mergînd de la tahipneea dramatică isterică şi pînă la aritmii respiratorii cu evoluţie prelungită, dar cele trei observaţii pe care le vom relata în continuare ni se par ieşite din comun şi instructive. Astfel, un student de 32 de ani, provenit dintr-o familie în care climatul psihoafectiv fusese perturbat de dispute frecvente între părinţi şi de repetate confruntări între pacient şi tatăl său, se angajează la terminarea liceului într-un serviciu unde găseşte un mediu propice unei vieţi dezordonate cu abuz de băuturi alcoolice, de cafea şi cu fumat excesiv. La admiterea sa în facultate avea deja în antecedente pleurezie şi suferea de nevroză depresivă cu hipertensiune arterială, gastroduodenită şi colită, la care se adăugau şi tulburări intermitente de dinamică sexuală. Continuînd să locuiască cu familia, are frecvente confruntări cu tatăl său, probabil şi din cauza consumului abuziv de alcool, fapt care determină apariţia unor episoade depresive repetate, în cadrul cărora, paralel cu agravarea tulburărilor neurocirculatorii şi digestive, apărea şi un suspin profund, sacadat, care se repeta ritmic din minut în minut, pentru ca după aproximativ 2—3 minute să se instaleze hohote de plîns irezistibil. Respectarea recomandărilor igieno-dietetice şi a celor terapeutice era urmată la scurt timp de dispariţia tuturor tulburărilor, dar de îndată ce

Scanned with OKEN Scanner

intervenea un nou conflict, însoţit de întreruperea tratamentului, bolnavul recădea în starea descrisă anterior. A doua observaţie se referă la un student de 26 de ani, dintr-o familie desmembrată, cu un tată etilic şi impulsiv, situaţie care-l obligă să se angajeze ca strungar încă de la vîrsta de 15 ani. Urmează paralel cursurile serale şi absolvă liceul, dar după o suită de bronşite şi de abuzuri repetate de băuturi alcoolice, constată instalarea unor crize de astm pulmonar, rezistent la toate tratamentele medicale. În momentul primei sale consultaţii la cabinetul nostru, prezenta fenomene nevrotice depresive, instalate pe fondul unei personalităţi distimice, fenomene ce treceau pe al doilea plan datorită dramatismului atacurilor astmatice. După un tratament tranchilizant şi neuroleptic ambulator ineficient, seismoterapia şi o cură Sakel, aplicate în clinica psihiatrică, vindecă astmul şi compensează tulburările nevrotice.

În ambele cazuri se poate admite existenţa unei sensibilizări a aparatului respirator de natură infecţioasă, episoadele acute fiind favorizate şi de componenta toxică — beţiile — iar trăsăturile disarmonice ale personalităţii apărute ca o consecinţă a mediului familial viciat, substrat pe care s-a instalat nevroza. În sfîrşit, o altă studentă, în vîrstă de 27 de ani, prezenta crize frecvente de astm cu manifestări alergice cutanate, rezistente la terapia clasică, tulburări care se instalaseră în urma unor conflicte conjugale terminate cu divorţ. După cîteva discuţii psihoterapeutice, dublate de un tratament psihotrop, s-a produs o ameliorare evidentă a întregului tablou clinic, ceea ce a făcut posibilă renunţarea la chimioterapia bronhodilatatoare şi antihistaminică. Aceste ultime două observaţii vin în sprijinul încadrării astmului pulmonar în grupa bolilor psihosomatice, aşa cum susţin mulţi autori (126; 195).

În încheierea acestui capitol accentuăm că tulburările neurovegetative menţionate trebuie privite doar ca exemplificări ale unei simptomatologii atît de variate, încît ar merita să i se acorde spaţiul unui întreg volum.

Disfuncţii diencefalice

Diencefalul, „... sediul funcţiilor senzitivo-instinctivo-emoţionale, adică ale vieţii psihice elementare“ (49), este implicat în determinismul comportamentului copilului puber şi în comportamentul aberant juvenil (Wellon, citat în 49). Disfuncţia diencefalică poate declanşa disritmii diencefalice (Mosinger), „mici sindroame diencefalice“ (Barbieri, 83) sau diencefalopatii (Zondek, citat de 447). Borel implică diencefalul în patogenia schizofreniei, iar Belloni şi Rigotti (83) în aceea a nevrozei.

Pende (83) clasifică diencefalozele în zece grupe, dintre care menţionăm:

— incontinenţa sau dezinhibiţia diencefalică, manifestată clinic prin nelinişte motorie şi agresivitate necontrolată;

— ataxii diencefalice — se materializează în perturbarea funcţiilor ritmice, ca spre exemplu, funcţia somn-veghe;

— psihopatii diencefalice, în special distimii;

— bipolaritatea simptomatică diencefalică, caracterizată de coexistenţa sau succesiunea rapidă a două stări opuse ca: slăbire-obezitate, bulimie-anorexie, apatie-hiperactivitate etc;

— discrinii, distermii, disfuncţii vasculare — labilitate etc.

Privind astfel problema, s-ar putea conchide că la baza apariţiei nevrozei ar trebui căutate disfuncţii diencefalice, indiferent de natura lor, ceea ce nu se poate admite. Dealtfel P. Brânzei şi colab. (49) precizează că modificările funcţionalităţii diencefalului la adolescenţi, care au în ansamblul lor un caracter fiziologic, pot deveni un factor

Scanned with OKEN Scanner

favorizant sau predispozant pentru instalarea unei tulburări psihice, exclusiv în măsura în care participă la o etiologie multifactorială. În cazul studentului, care mai păstrează trăsături adolescentine datorită procesului de maturizare a personalităţii, se poate recunoaşte diencefalului un rol predispozant pentru instalarea nevrozei, dar mai sigură pare cointeresarea sa în cazul apariţiei unei dezadaptări. Acest dublu rol jucat de diencefal, demonstrat de nenumărate lucrări experimentale şi clinice (49; 66; 76; 83; 106; 111; 115; 119; 123; 126; 137; 142; 159; 172; 175; 195; 227; 228; 232; 252; 259; 265; 277; 279; 280; 281; 282; 283; 293; 304; 322; 323; 326; 352; 356; 375; 378; 394; 397; 400; 406; 408; 411; 426; 437; 442; 444; 446; 449), dobîndeşte în cazul de faţă semnificaţia de argument important în susţinerea unora dintre particularităţile etiopatogenice, clinice şi evolutive ale in- şi dezadaptărilor nevrotice şi infranevrotice la studenţi.

Pentru a prefaţa constatările noastre, vom menţiona rezultatele unor studii efectuate de alţi autori. Astfel, unii autori au observat dereglări ale unor bioritmuri fiziologice fundamentale — temperatură, puls, tensiune arterială, tulburări de somn şi de funcţionare a sistemului vegetativ etc. — instalate la studenţi în sesiunile de examene (278), în timp ce alţii au semnalat apariţia unei febre psihogene la 47,3% dintre studenţii internaţi cu tulburări psihice, proporţie care la studenţii spitalizaţi pentru cu totul alte afecţiuni febrile, devine 13,2% (461).

Printre factorii care pot provoca pierderi ponderale la studentul nevrotic, menţionăm denutriţia prin regimuri hipocalorice autoimpuse din motive estetice, în mod paradoxal, exact în perioadele de solicitare şcolară intensă, sau denutriţia medicală (323), fie datorită unor regimuri dietetice prelungite dincolo de limitele firesti, fie din iniţiativa pacientului, fie pentru că medicul a interpretat simptomatologia vegetativă ca semnificativă pentru o afecţiune organică.

În general în jurul sesiunilor de examene, cînd solicitarea emoţională a studentului atinge un vîrf, se observă mai frecvent pierderi ponderale, deşi sînt şi cazuri în care apare o hiperorexie. Pierderile ponderale despre care discutăm sînt cele fără legătură cu aportul alimentar, ele reflectînd caracterul stressant al activităţii tinerilor în aceste momente ale anului universitar, fapt confirmat de prezenţa fenomenului chiar şi la 3% dintre studenţii lotului martor. La nevrotici pierderea ponderală este de 6,5% dintre studenţii cu dezadaptări acute şi 12,6% dintre cei cu nevroză constituită. Substratul diencefalic al fenomenului este susţinut şi de modificarea apetitului (172; 227; 378), metabolismului bazal şi celui protidic (156; 375; 377), echilibrului endocrin (279), precum şi de creşterea consumului caloric indusă de hiperfuncţia ortosimpatică (423).

Acelaşi substrat diencefalic pare să-l aibă şi hiperorexia nevroticului care capătă uneori caracter compulsiv ca în „binge-eating“ (126). Ulett şi Goodrich (citaţi de 195) consideră că acest fenomen ar reprezenta un mijloc de apărare împotriva depresiunii, fapt confirmat în parte de cercetările lui E. Paykel (207), care constată o proporţionalitate perfectă între gravitatea depresiunii şi variaţiile apetitului, în special la femeile cu depresiune nevrotică observîndu-se o hiperorexie. Dintre bolnavii depresivi din lotul investigat de acest autor, 14% prezentau hiperorexie, 66% hipoorexie, numai 20% neacuzînd schimbări ale apetitului. Silverstone (citat de Paykel) constată de asemenea adevărate bulimii la femeile cu nevroză anxioasă.

De fapt ar fi posibil să se formeze un cerc vicios între dezadaptarea nevrotică şi disfuncţia diencefalică, pentru că adesea studentul acordă inapetenţei şi pierderii sale în greutate, semnificaţia unei îmbolnăviri foarte grave.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburările metabolismului glucidic semnalate la unii nevrotici sub influența dereglării funcționale a cortexului cerebral (66; 276; 279) se manifestă mai ales sub forma hipoglicemiilor clinice sau tranzitorii, de natură concomitent alimentară și emoțională. Dar în lotul nevroticilor pe care i-am studiat, trei dintre tineri prezentau diabet juvenil care părea să se fi constituit în urma dezvoltării unei nevroze infantile, date fiind climatul familial viciat în care au crescut, absența în familie a cazurilor de diabet și lipsa vreunei afecțiuni diabetogene în antecedentele personale. Comună celor trei observații era agravarea diabetului, însoțită de semnele unei hiperfuncții ortosimpatice, ori de cîte ori intervenea un eveniment psihostresant sau surmenajul. Administrarea în astfel de situații a unor doze mici de rezerpină inducea, odată cu reechilibrarea vegetativă, și scăderea substanțială a necesarului de insulină (174), fenomen studiat și de Nadel (citat în 276). Mai mult, la unul dintre pacienții noștri, un șoc emoțional provocat de un accident de circulație a condus la dispariția timp de două săptămîni a glicozuriei.

Problema spasmofiliei

Deși incontestabilă, corelația dintre nevroză și spasmofilie, sensul relației cauzale, este diferit interpretat. Dacă Rose (citat de 460) presupune că personalitatea infantilă facilitează instalarea unei spasmofilii și Fabrini (citat în 83) susține preexistența unui teren anxios, alți autori amintesc de un mecanism ce poate fi amorsat de surmenaj, în condițiile unei mari tensiuni emoționale (202; 279; 304); nevroza ar fi deci secundară spasmofiliei (Vitek, citat de 304). Totuși, numeroși cercetători admit că nevroza induce disfuncții mezodiencefalice (83; 378; 410) și periferice (103; 429) implicate în apariția spasmofiliei (304; 317; 410). Mecanismul periferic al spasmofiliei ar consta din scăderea calciului ionic plasmatic și din modificarea permeabilității membranei celulare, sub acțiunea hiperfuncției ortosimpatice, fenomen ce se traduce clinic prin hiperexcitabilitate neuromusculară (76). Dar, mai recent s-au adus argumente care par să demonstreze că redistribuirea acestui Ca ionizat n-ar fi decît consecința scăderii Mg seric și hematic (102; 103).

Folosind tehnica propusă de Klotz, am considerat că pozitivitatea semnului Chvostek asociată cu o hiperreflectivitate osteotendinoasă și cu o fragilitate capilară sînt semne suficiente pentru afirmarea spasmofiliei. În lotul cercetat de noi se constată o diferență statistic semnificativă — $\chi^2=8{,}33$; probabilitatea diferenței de 99% — între incidența semnelor clinice de spasmofilie la studenții nevrotici (7,5%) și aceea constatată în lotul martor (2%). Cele mai ridicate valori s-au înregistrat printre studenții cu nevroze constituite (8%) și printre cei cu sindroame de suprasolicitare (8,3%), în lotul celor cu reacții nevrotice proporția coborînd la 6%. Aceste date par să confirme opiniile conform cărora suprasolicitarea și tensiunea emoțională prelungită ar pune în mișcare un mecanism preexistent al spasmofiliei. Pe de altă parte, faptul că în timp ce la studentele nevrotice semnele spasmofiliei sînt prezente la 11,7% dintre ele, la studenții de sex masculin, frecvența fenomenului este de numai 4,7%. Raportul de 3 : 1 în favoarea studentelor menținîndu-se și în lotul martor, se poate susține sediul diencefalic al acestui mecanism și corelația spasmofilie-funcție neurogonadică. Ca o confirmare clinică, am observat, ca și alți autori (74), variații semnificative ale intensității semnului Chvostek la studente în raport cu fazele ciclului menstrual și cu nivelul tensiunii emoționale.

Disfuncții endocrine

Prima problemă pe care o ridică prezența unor tulburări endocrine este aceea a diferențierii lor de „constitu-

Scanned with OKEN Scanner

ţia endocrină" Parhon-Pende (282), de disfuncţia condiţionată (394), de dominanta endocrină în raport cu vîrsta (282) şi de modul specific de reacţie individuală (228), abia după aceea putîndu-se presupune o eventuală reacţie cauzală într-un sens sau altul între nevroză şi disfuncţia endocrină.

La fel ca mulţi alţi cercetători (66; 83; 112; 142; 156; 172; 232; 281; 317; 322; 406), Sager şi colab. (379) au demonstrat posibilitatea dezorganizării mecanismelor diencefalice şi apariţia repercusiunilor funcţionale şi chiar structurale în glandele endocrine, sub acţiunea stressului neurogen. Pe de o parte, hipotalamusul şi sistemul limbic acţionează pe axa tropi hipofizari-hormoni periferici (126; 277; 378; 379), iar pe de altă parte, centrii diencefalici „eliberaţi" declanşează modificări neurocirculatorii care perturbează funcţionalitatea şi receptivitatea glandelor periferice (299; 352). Se admite că retroacţiunea hormonilor circulanţi asupra diencefalului (279; 356) şi „escort-phenomen"-ul — răspunsul concomitent al mai multor glande endocrine (283) — închid circuitul servomecanismului neuro-endocrino-neurologic.

În ambulator, posibilitatea dozărilor hormonale fiind limitată, medicul este constrîns să stabilească un diagnostic endocrinologic prezumptiv numai pe baza datelor clinice şi anamnestice, de unde şi riscul ridicat al erorilor de diagnostic (282). Tocmai de aceea, evitînd evaluarea statistică a tulburărilor discrinice, facem cîteva observaţii sintetice ale fenomenelor întîlnite.

Semnalăm în primul rînd posibilitatea apariţiei la un tînăr nevrotic a sindromului pseudofeocromocitomului psihogen (111) dominat de ascensiuni episodice ale tensiunii arteriale depăşind chiar 200 mmHg, puseuri care cedează spectacular prin simpla dedramatizare a situaţiei sau a evenimentului psihostressant cauzal. Un asemenea tînăr, pe care l-am urmărit clinic timp de zece ani după absolvirea facultăţii, n-a mai prezentat nici o manifestare hipertensivă. Etiologia unor astfel de cazuri este multifactorială, în cazul studentului la care există o predispoziţie constituţională, intervenind de obicei suprasolicitarea (278), insuficienţa somnului (298), abuzul de cafea şi de ţigări (73) şi un eveniment psihotraumatizant foarte virulent (277; 378; 394).

Din cazuistica personală rezultă că uneori anxietatea (83) nevrotică şi dificultăţile de adaptare ale tinerilor proveniţi din mediul rural (278) pot să inducă false aspecte de hiperfuncţie tiroidiană, mai ales în prezenţa înclinării balanţei vegetative în favoarea ortosimpaticului. Aplicarea într-un astfel de caz a unei terapii cu antitiroidiene de sinteză de către un medic neavizat a provocat apariţia unei guşi iatrogene.

Merită subliniat fenomenul deosebit de îmbucurător că de-a lungul celor 20 de ani de activitate în ambulatorul Spitalului studenţesc, am întîlnit cu totul excepţional cazuri de distrofie endemică tireopată şi acelea minore, deşi afecţiunea a fost cîndva foarte răspîndită în ţara noastră.

În schimb la studente, pe fondul persistenţei labilităţii neuroendocrine ce caracterizează adolescenţa, sub acţiunea caracterului stressant pe care-l îmbracă adesea activitatea, problematica şi stilul de viaţă al studentului, se observă frecvent dezechilibrul funcţiilor gonadice în sensul hiperfoliculinemiei relative, fenomen semnalat de mulţi autori (93; 106; 133; 156; 280; 411; 466). Natura reactivă şi mecanismul cortico-diencefalic al fenomenului sînt demonstrate de absenţa semnelor fenotipice ale hiperfoliculiniei esenţiale, precum şi de paralelismul dintre evoluţia tulburărilor discrinice şi curba tensiunii psihice la studentele normale şi, respectiv, de evoluţia nevrozei la cele bolnave. Incidenţa unei corelaţii între labilitatea balanţei gonadice şi existenţa unor stări conflictuale nevrotice instalate timpuriu din cauza climatului familial nefavorabil, sau a unei atitudini educaţio-

Scanned with OKEN Scanner

nale parentale necorespunzătoare, este atît de mare, încît ne-am obișnuit să completăm investigarea antecedentelor fiziologice la toate studentele, cu culegerea de informații referitoare la existența, amploarea și frecvența apariției sindromului de tensiune premenstruală. De asemenea, cînd relațiile furnizate de studentă confirmă prezența sindromului, punem imediat în discuție climatul familial, atitudinea educațională adoptată de părinți și desfășurarea tuturor trăirilor semnificative ale pacientei, începînd din copilăria timpurie. Cu toate că frecvența sindromului premenstrual la femei este apreciată diferit — H. Prill, 5%; Dexeus și Ferrer, 35%; Galanter 95% (93; 170) — iar prezența sindromului de *tensiune premenstruală*, sindrom ce are ca substrat, după Dalton ș.a., un hiperaldosteronism secundar scăderii secreției de luteină și creșterii retenției de apă indusă de excesul relativ al foliculinei —, la numai 10% dintre femei, în special la cele cu activități sedentare sau intelectuale (93). Noi am observat aproape de regulă acest sindrom la studentele sănătoase, în perioadele de vîrf ale anului universitar, iar la cele cu sindroame nevrotice, în perioadele de decompensare. Deși nu am întreprins studii centrate pe problema corelației dintre eficiența activității studentei și variațiile capacității de efort ale femeii în raport cu cele două faze — foliculară, ergotropă și, respectiv, luteinică, trofotropă — ale ciclului menstrual semnalate și explicate de Artner (11), avem impresia că unele eșecuri inexplicabile la examene ale unor studente pot avea un astfel de substrat. Or, se știe că pe fondul unei labilități neuroendocrine preexistente, suprasolicitarea și stressul neurogen pot induce, prin servomecanisme neuroendocrine, un sindrom de tensiune premenstruală (93; 411) care se însoțește aproape constant de prezența semnului Chvostek intens pozitiv (66; 304; 322), ce se atenuează pînă la dispariție după menstră. Problema dobîndește semnificații deosebite în asistența medicală a studentei cu atît mai mult, cu cît unii autori (442) susțin că sub acțiunea *feed back*-ului tulburărilor periferice care accentuează dezechilibrul secretor gonadic, s-ar putea produce modificări durabile ale personalității.

Cercetarea noastră evidențiază că în timp ce numai 2% dintre studentele lotului martor prezentau astfel de fenomene discrinice, proporția acestora atingea 22% în lotul celor nevrotice. În schimb, prezența fenomenului în proporții aproape egale la studentele cu sindroame de suprasolicitare (22,5%) și la cele cu nevroze constituie (25,4%), dar superioară celor cu reacții nevrotice (15%) pledează în favoarea contribuției suprasolicitării, în condiții de tensiune emoțională, la instalarea acestei disfuncții endocrine.

Semnalăm în încheiere un fapt de observație care ar merita studiat mai amănunțit, și anume coincidența dintre hiperestrogenia funcțională și existența unui viciu de refracție oculară necorectat. Substratul fiziopatologic ar putea fi reprezentat de disfuncția vegetativă indusă de efortul de acomodare (57; 58; 294; 334), acesta comportîndu-se ca un stimul care, împrumutînd calea retino-hipotalamică, ar desincroniza mecanismele hipotalamo-hipofizare (172; 175; 356; 378; 447).

Perturbări ale dinamicii sexuale

Încadrarea acestor tulburări printre manifestările disfuncției diencefalice este motivată de influența circuitelor cortico-subcorticale asupra comportamentului sexual (32; 112; 199; 228; 265; 284; 446), numai atîta vreme cît ne referim la tulburările apărute după ce subiectul în cauză suferea deja de nevroză (104; 112; 340; 385). Există însă cazuri în care un eșec sexual accidental, provocat de intervenția unor factori întîmplători, declanșează o nevroză (112; 188; 314; 415; 426). Fără îndoială că în ambele situații este vorba

Scanned with OKEN Scanner

de un proces psihogen (18; 142; 183; 351; 397), dar mai există o categorie de tineri care acuză cele mai diverse tulburări de dinamică sexuală, fără ca în realitate să fi avut vreodată ocazia unui contact sexual. Deşi este posibil ca unii dintre aceştia să dispună de un teren nevrotic, substratul preocupărilor lor anxioase este constituit de informarea insuficientă, dublată de o veritabilă dezinformare asupra comportamentului sexual uman normal.

În ceea ce priveşte terenul tînărului susceptibil de a întîmpina dificultăţi la începutul vieţii sale sexuale şi uneori de-a lungul întregii sale vieţi, trebuie reamintită importanţa satisfacerii necesităţii afective specifice de etapă de care depinde traversarea cu succes a perioadei de sexualitate pregenitală, în prim plan situîndu-se relaţiile părinte-copil şi ataşamentul faţă de figurile parentale. Cercetări recente, citate de V. Predescu şi colab. (351), au subliniat importanţa asimetriei exagerate a influenţei exercitate de părinţi, a necompensării echilibrului prin factori extrafamiliali — în special grupul de copii, —, precum şi a tipului de educaţie parentală — puritanism, fanatism, interdicţia discuţiilor despre problematica sexuală — pentru profilarea unui teren nevrotic cu predispoziţie pentru tulburări ale sexualităţii, dat fiind rolul identificării în diferenţierea şi structura acestui comportament. Masters şi Johnson, citaţi de Predescu şi colab. (351), semnalează repercusiunile ignoranţei în materie de sexualitate, absenţa „învăţărilor adecvate", existenţa unor imagini perturbate cu potenţial anxiogen, în edificarea funcţiilor orgasmice — impotenţă, ejaculare precoce, frigiditate primară, dispareunie şi vaginism psihogen. Pe de altă parte, Stove şi Barker, ca şi alţii, susţin că stimularea sexualităţii cu ajutorul imaginaţiei constituie un mecanism normal, mai ales la adolescenţi, ca dealtfel şi stimulările vizuale, dar literatura şi imaginile „porno" conducînd la centrarea strictă asupra momentului libidinal şi a varietăţilor practice de satisfacţie, conduc la o golire şi o sărăcire a sensului sexualităţii umane. Cît despre masturbaţie, Heevy, Ramsey ş.a. (351) susţin că greşita înţelegere şi moralizarea excesivă a acestui comportament de către cei din jurul adolescentului ascund riscul instalării unor nevroze obsesive. Teama fobică a unui eşec sexual, generat fie de o aspiraţie exagerată, fie din nevoia de valorizare prin actul sexual, mecanism nevrotic semnalat de Benedetti (32), fie de sentimentul de culpabilitate şi de anxietate proiectat în viitor, amorsat de practicarea masturbaţiei, conduc la eşecuri reale care, prin repetare, se pot condiţiona. Aceasta nu exclude însă posibilitatea apariţiei unui eşec sexual sub influenţa unei depresiuni (207).

Într-un lot de 800 de studenţi nevrotici de sex masculin, dintre care 17,7% prezentau perturbări ale dinamicii sexuale, procentul tinerilor care acuzau tulburări fictive, datorită dezinformării lor, era de 5,4 (188).

Deoarece studenţii se situează în perioada de viaţă care coincide cu asimptota curbei activităţii sexuale (265) şi cu cvasiabsenţa tulburărilor sexualităţii de natură organică (104; 276; 277; 281; 426), dar cu frecvente perturbări psihogene (18; 142; 183; 184; 397), supuşi influenţei unor mentalităţi contemporane destul de răspîndite, cum ar fi tendinţa devalorizării sexualităţii umane (125; 144; 188; 189; 208; 232; 314; 328), ei au de suferit în primul rînd din cauza insuficientei lor informări în această direcţie, dar şi datorită unor factori legaţi de specificul lor ocupaţional (188; 246; 247; 329; 351; 415; 461). Dintre aceşti ultimi factori citărm efortul intelectual în condiţii stressante (173; 245; 265; 441), sedentarismul, care accentuează labilitatea neurovegetativă (133; 177; 232; 262; 284; 326; 399; 446), dependenţa economică şi statutul lor social în suspensie, factori care impun adesea o abstinenţă în-

Scanned with OKEN Scanner

delungată, dar cu excitații prelungite, neurmate de contacte sexuale normale, sau o activitate sexuală dezordonată, cu partenere întîmplătoare și în condiții stressante (154; 416; 422; 426) etc.

Datele statistice referitoare la incidența tulburărilor de dinamică sexuală în lotul nostru — 17,7% — se situează sub nivelul celor care se referă la bărbați de alte vîrste și de alte profesii, date ce oscilează între 28% (303) și 41% (353). În realitate și în lotul nostru situația este cert alta, dat fiind că nu toți tinerii care ne consultă reușesc să-și depășească reținerile. În ceea ce ne privește, nu totdeauna le punem direct întrebarea „dacă și-au început sau nu" și „dacă au o activitate sexuală normală", pentru că în unele cazuri ar putea declanșa reacții contrare celor scontate, accentuînd polarizarea obsesivă a atenției lor asupra acestui fenomen, care ar căpăta caracterul de condiție unică de ieșire din impasul nevrotic.

Subliniem de asemenea un fapt important referitor la limbajul pe care-l folosesc tinerii cu astfel de tulburări, adesea putîndu-ne induce în eroare din cauza sensului impropriu acordat de ei unor termeni sexologici. Trebuie recomandat pacientului să-și expună acuzele folosind limbajul laic, explicîndu-i-se că atitudinea rezervată și alegerea termenilor folosiți nu-și are sensul în cadrul dialogului cu medicul, tocmai datorită sensului „diferit" pe care-l acordă medicii termenilor respectivi. Deși este greu de admis la student o atare dezinformare, care să poată crea confuzii, fenomenul nu trebuie să surprindă pe nimeni, de vreme ce studiile efectuate au demonstrat ignoranța incredibilă a multora dintre părinți, cadre didactice și chiar a unor medici, în problematica comportamentului sexual uman normal (1; 13; 55; 126; 133; 139; 141; 208; 212; 246; 329; 401; 422).

Existența sau apariția tulburărilor de dinamică sexuală în cadrul unei nevroze agravează evoluția și întunecă prognosticul, fenomen atestat de faptul că în lotul nostru de studenți nevrotici, ponderea agravărilor a fost de 28,3% la această categorie de tineri, comparativ cu numai 19% la restul nevroticilor.

Aspecte electroencefalografice

La 176 dintre pacienții noștri s-au efectuat și interpretat în clinica de neurologie 200 de înregistrări EEG, cu ajutorul unui aparat „Nihon Kohden" cu 17 canale.

Din cele 200 de trasee, 15% evidențiau aspectul de „comițialitate electrică" — complexe vîrf-undă (99; 226; 231) —, asociate sau nu cu unde lente supravoltate, accidente persistente și după terminarea hiperpneei. Totuși, aspectul electroencefalografic nu ne-a determinat să excludem pacienții respectivi din lotul nevroticilor cercetați, dat fiind că în absența semnelor clinice, traseul EEG iritativ nu este suficient pentru a diagnostica epilepsia (74; 95; 258; 259; 343; 353; 373; 380; 470). Se știe dealtfel că studii efectuate pe loturi mari de indivizi neselecționați au demonstrat că „epilepsia electrică" este prezentă în populație într-o proporție care oscilează între 1,2% (Gibbs și Gibbs) și 44% (Kitamura și Asamura) (citați de 95).

Dacă ținem seama de faptul că undele lente pot apărea atît în timpul desfășurării procesului de învățare (209), cît și ca rezultat al scurt-circuitării unor aferențe exteroceptive la indivizi cu sechele după boli cerebrale (425), precum și faptul că unii autori consideră complexul vîrf-undă ca expresie a unui prag convulsivant scăzut (297), va trebui să admitem că singur, traseul EEG nu are valoare diagnostică patognomonică. Prezența unor astfel de grafosemne pe traseul EEG la unii nevrotici a făcut pe unii cercetători să postuleze eventualitatea existenței unui substrat „organic" în nevroze (4; 68; 95; 98; 140; 194; 229; 239; 297; 303; 325; 343; 353; 380;

Scanned with OKEN Scanner

425; 446; 463), după alţii şi în schizofrenie (8; 74; 80; 140), fie acesta chiar şi numai sub forma unui substrat al terenului predispus instalării unei nevroze.

Dacă înregistrarea EEG poate sluji la identificarea unor sechele funcţionale ale unei encefalite sau ale unui traumatism craniocerebral (95; 98; 194), uneori perinatal (47; 139; 194; 229; 239; 294; 380; 470), alteori traseele iritative pot fi induse de anumite comportamente particulare (250), de acţiunea unui factor psihostressant (210), de modificări metabolice sau de disfuncţii vegetative (Jouvet, citat de 124; 74; 102; 103; 202; 304) etc.

În sfîrşit, faptul că traseele EEG normale sînt mai rare la adolescent decît la adultul matur, datorită reactivităţii crescute a creierului (115; 373) şi faptul că tulburările nevrotice nu sînt excepţionale la epileptici (74; 95; 99), pun sub semnul întrebării existenţa unor trasee caracteristice afecţiunilor nevrotice, opinie susţinută şi de alţi autori (111; 229; 231; 343). Cu toate acestea, Dongier (citat de 239) descrie un traseu ce ar evoca prezenţa unei nevroze, caracterizat de poliritmicitatea ritmului alfa, incidenţa ridicată a frecvenţelor rapide — beta, apariţia undelor delta în derivaţiile posterioare şi o reactivitate anormală la SLI. Pe de altă parte, Palatin, Dell, Lairy, Green ş.a. (citaţi de 239) descriu la obsesivi trasee EEG cu aspect particular cu bufeuri paroxistice şi vîrfuri care sînt evidente mai ales în timpul SLI şi al hiperpneei. Aspecte moderat iritative ale EEG am observat şi noi la cîţiva dintre studenţii cu nevroză obsesivă. Jung (359) subliniază că nu se pot aştepta corelaţii între aspectul EEG şi stările sau tulburările psihice, iar în cazul modificărilor observate la psihopaţi, acestea reprezintă semne ale perturbării maturizării creierului, insulte cerebrale din mica copilărie sau anomalii moştenite genetic. Şi în lotul nostru, 20 din cele 31 de trasee EEG iritative aparţineau unor tineri care aveau în antecedente o afecţiune probabil encefalitică, un traumatism craniocerebral sau un accident perinatal, dar fără semne clinice evidente ale unor eventuale sechele care să permită încadrarea tulburărilor lor psihice într-o neurastenie pe fond sechelar sau într-o stare psihopatoidă. Un astfel de teren este probabil să fi existat la 78 din cei 176 de nevrotici la care s-a efectuat examenul EEG, 44 fiind primnăscuţi.

Deşi datele cuprinse în tabelul XVIII sînt grupate după criterii extrem de diferite, ele sugerează unele aspecte semnificative.

Trecînd la analiza statistică a grafosemnelor de pe cele 51 de trasee „moderat" iritative, se desprind următoarele observaţii:

— traseele subvoltate, considerate expresie a reducerii maselor neuronale care descarcă, din cauza tulburărilor metabolice (228), se întîlnesc mai rar în lotul nostru — 17% — decît la alte categorii de nevrotici (229; 231), la care, probabil că şi nevroza a evoluat mai mult timp (228; 452), în timp ce la pacienţii noştri se mai poate adăuga şi creşterea amplitudinii traseelor din cauza terapiei cu tranchilizante (443);

— traseele disritmice şi hipersincrone — 38,5% — ar putea traduce grafic marea frecvenţă a tulburărilor neurocirculatorii, ştiindu-se că perturbarea activităţii formaţiei reticulate modifică vasomotricitatea cerebrală (373), fapt ce induce hipersincronizări şi disritmii electrografice (275);

— slaba reprezentare a ritmurilor alfa, prezentă pe 13,5% dintre traseele studiate şi tendinţa de iradiere anterioară a acestor ritmuri, prezentă la 22,5% dintre trasee, sînt interpretate de unii autori ca manifestări ale suferinţei creierului visceral (267);

— incidenţa relativ ridicată a ritmurilor teta — 28,5% pe traseul de bază şi 35% apărute în timpul hiperpneii — poate exprima, conform părerii emise de Jouvet şi colab. (citaţi de 124), ten-

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XVIII

Unele date referitoare la structura lotului şi la numărul pacienţilor cărora li s-a efectuat un examen EEG, la antecedentele lor personale şi la proporţia celor cu disfuncţii neurovegetative, precum şi aspectul traseelor EEG

	Total	*Nevroze constituite*	*Reacţii nevrotice*	*Sindroame de suprasolicitare*
Numărul pacienţilor la care s-a efectuat examenul EEG	176	138	13	25
din care:				
studenţi	91	71	4	16
studente	85	67	9	9
Pacienţi care au depăşit vîrsta de 25 de ani	46	37	—	9
Pacienţi prim-născuţi	44	32	5	7
Pacienţi care au suferit:				
un accident perinatal	25	20	2	3
un traumatism craniocerebral	40	33	2	5
o afecţiune cu cointeresare encefalică posibilă	13	8	2	3
Pacienţi cu disfuncţii vegetative	121	95	11	15
Număr trasee EEG înregistrate	200	161	13	26
din care:				
trasee normale	119	93	7	19
Trasee moderat iritative	51	42	4	5
Trasee iritative tipice	30	26	2	2

siunea emoţională ridicată sau hiperreactivitatea neurovegetativă (124; 231);

— areactivitatea — 15% — nu poate fi discutată datorită inexistenţei analizatorului spectral de frecvenţă, fără de care traseele nu pot fi clasificate cu precizie (229; 231);

— din 42 de trasee EEG cu unde teta focalizate, 37 indicau o focalizare pe derivaţiile temporale, fapt ce concordă cu rolul de integrator atribuit lobului temporal în elaborarea conştiinţei subiective şi a comportamentului 275; 380).

Din totalitatea traseelor înregistrate la pacienţii noştri am selecţionat cîteva.

Traseul din fig. 14 aparţine unui student în vîrstă de 33 de ani suferind de nevroză obsesivă. Urmărit clinic mai mult de doi ani, pacientul nu a prezentat nici un semn de epilepsie. Evoluţia nevrozei nu a fost influenţată semnificativ de tratamentul aplicat.

Traseul din fig. 15 a fost înregistrat la un student în vîrstă de 22 de ani, la care s-a diagnosticat clinic o nevroză cu elemente atipice. Tratamentul anticomiţial efectuat cca 4 ani după înregistrarea traseului EEG a rămas fără nici un rezultat clinic evident.

Traseul din fig. 16 aparţine unei studente de 23 de ani, suferind de nevroză instalată la pubertate.

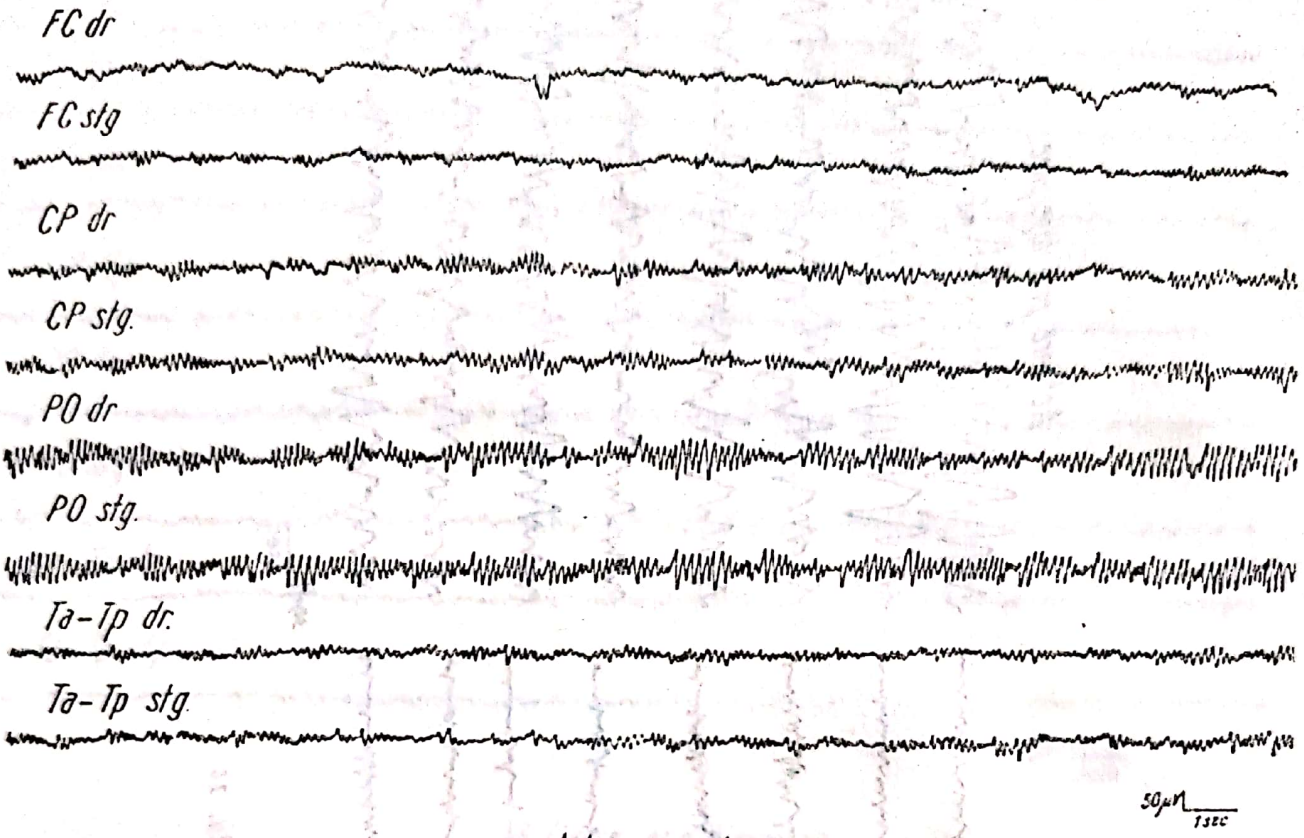
Traseul din fig. 17 este al unei studente în vîrstă de 24 de ani, cu sindrom de suprasolicitare provocat de neconcordanţa aptitudinilor şi vocaţiei cu profilul facultăţii frecventate. Traseul iritativ tipic, descoperit cu totul întîmplător, nu era corelabil cu nici un antecedent sau semn clinic de epilepsie. Totuşi tratamentul anticomiţial a influenţat favorabil evoluţia tulburărilor nevrotice.

Traseul din fig. 18 aparţine unei studente de 26 de ani, căreia i s-a stabilit diagnosticul clinic de reacţie nevrotică.

Traseul din fig. 19 aparţine unei studente de 23 de ani, purtătoare a unei nevroze cu elemente fobice şi atipice.

Traseul din fig. 20 aparţine unui student de 27 de ani, considerat iniţial nevrotic, dar la care evoluţia clinică a demonstrat că era vorba de o stare psihopatoidă.

Scanned with OKEN Scanner



Activare prin hiperpnee

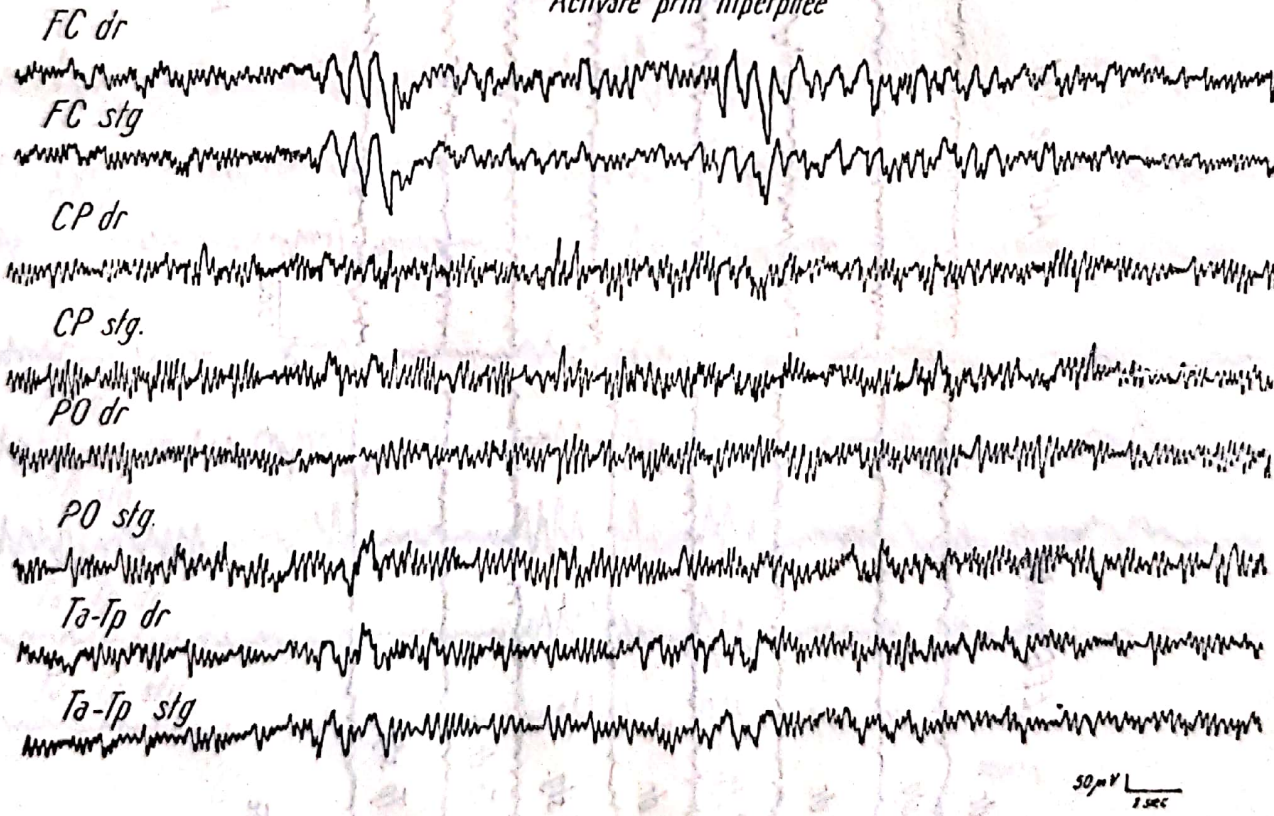


Fig. 14

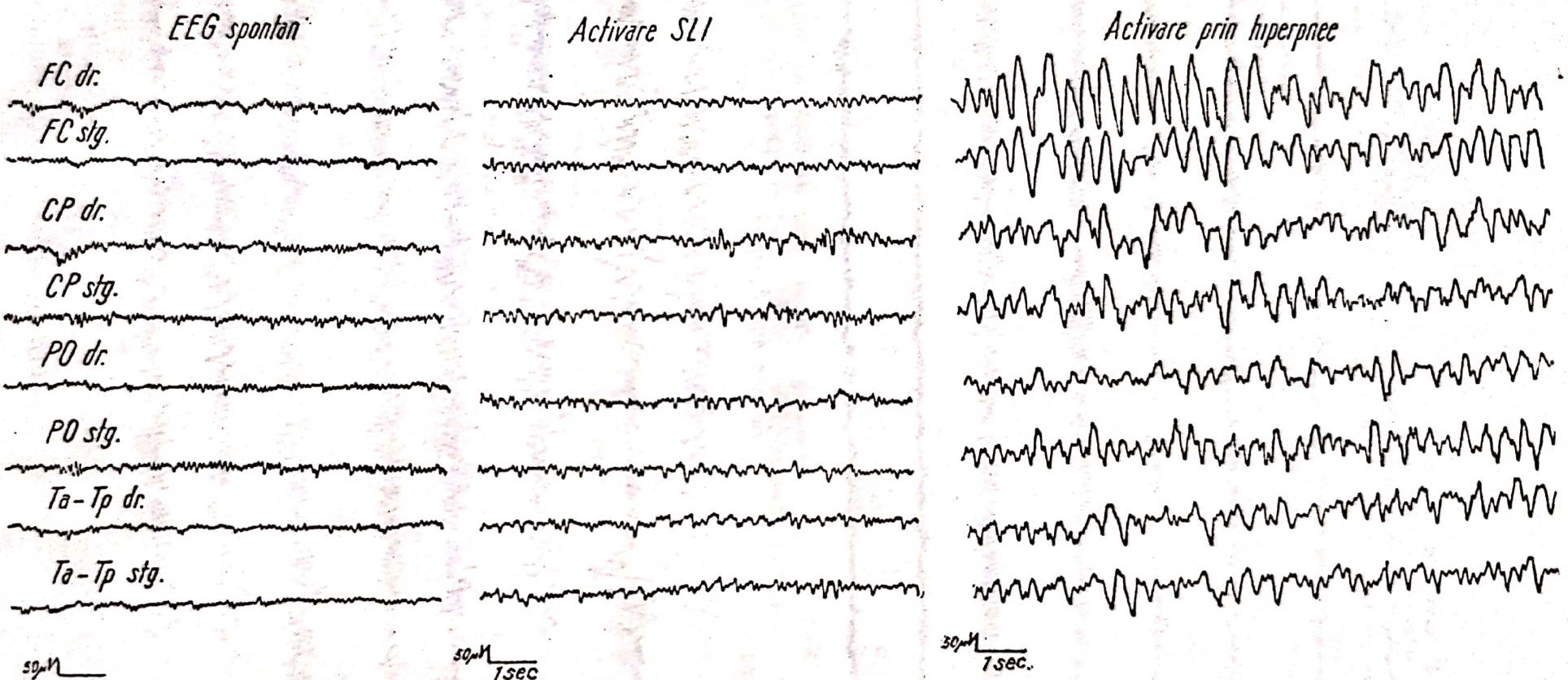
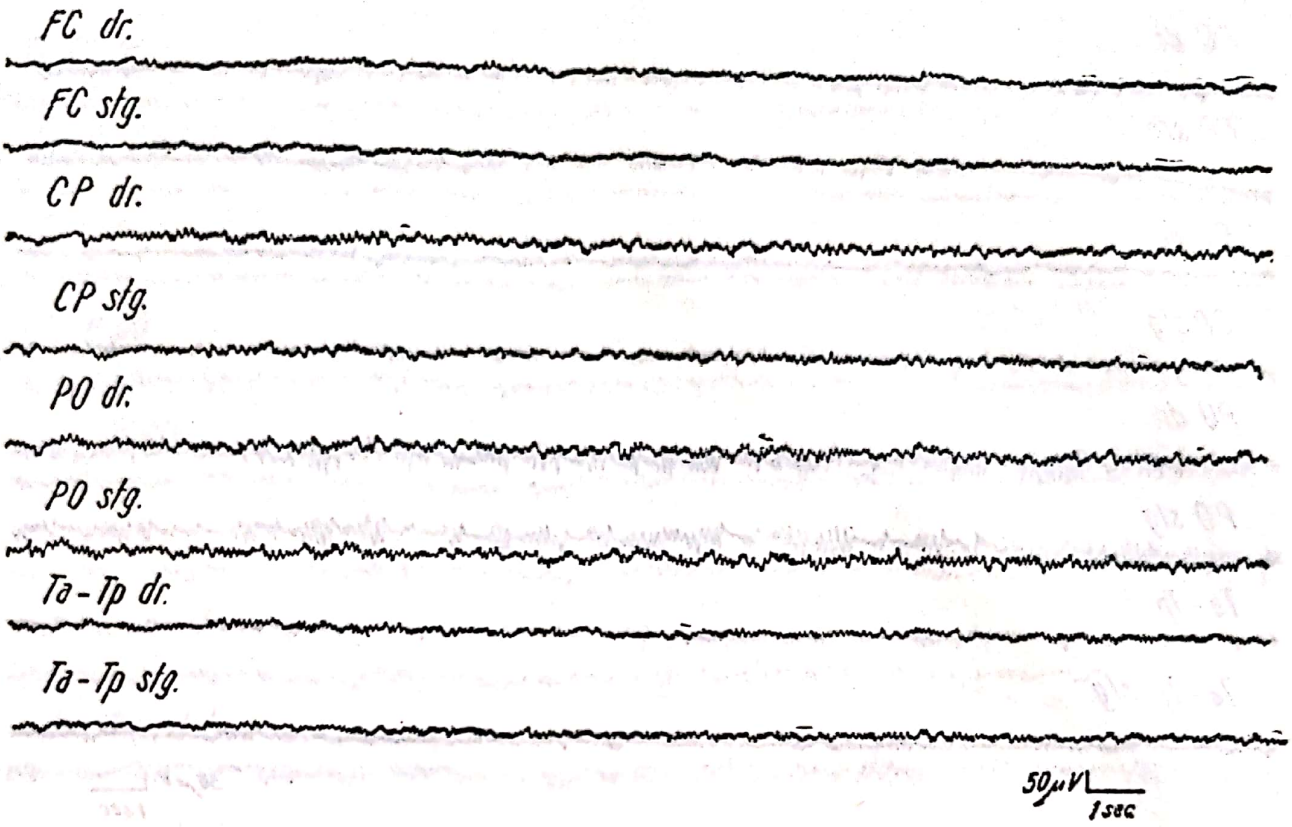

EEG spontan
Activare SLI
Activare prin hiperpnee
FC dr.
FC stg.
CP dr.
CP stg.
PO dr.
PO stg.
Ta-Tp dr.
Ta-Tp stg.
50μV 1sec
50μV 1sec
50μV 1sec.

Fig. 15



Activare prin hiperpnee

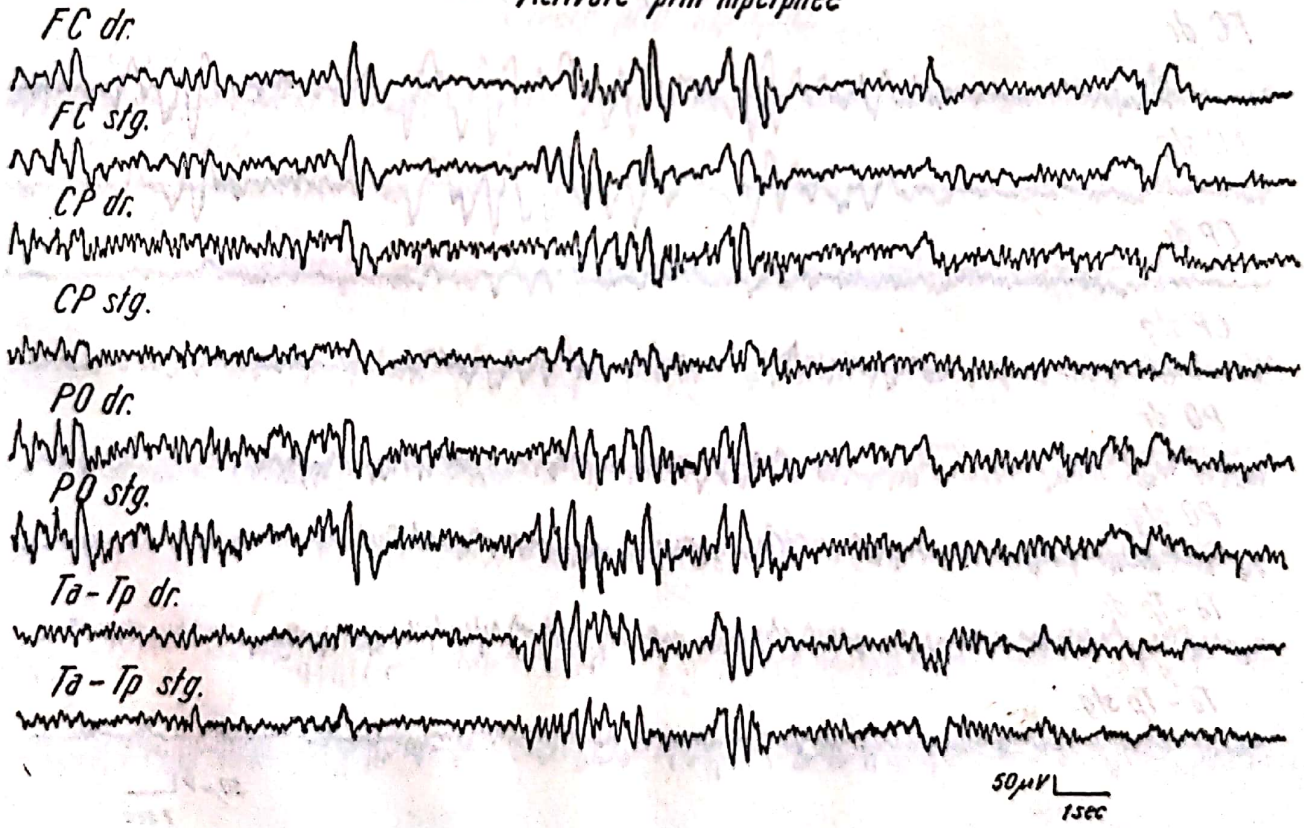
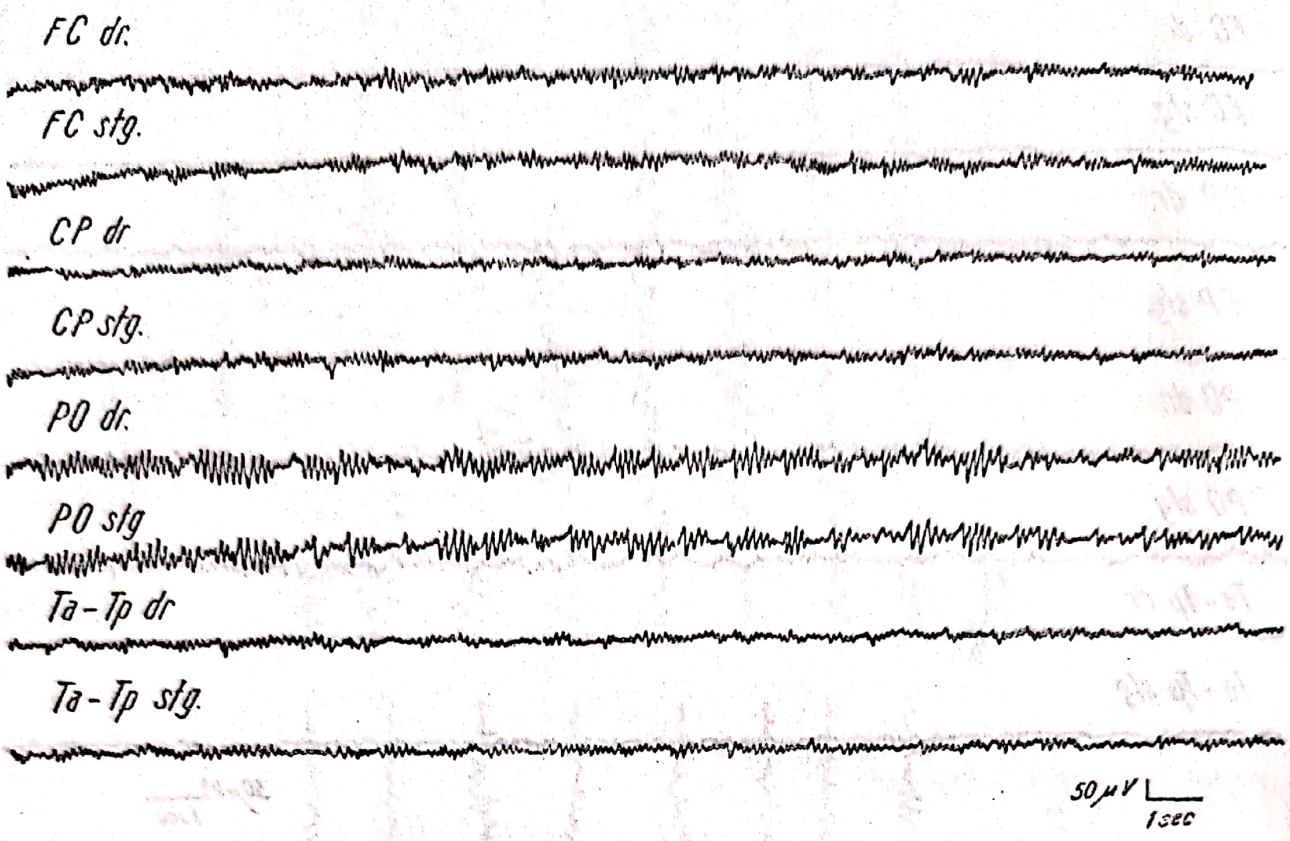


Fig. 16

Scanned with OKEN Scanner



Activare prin hiperpnee

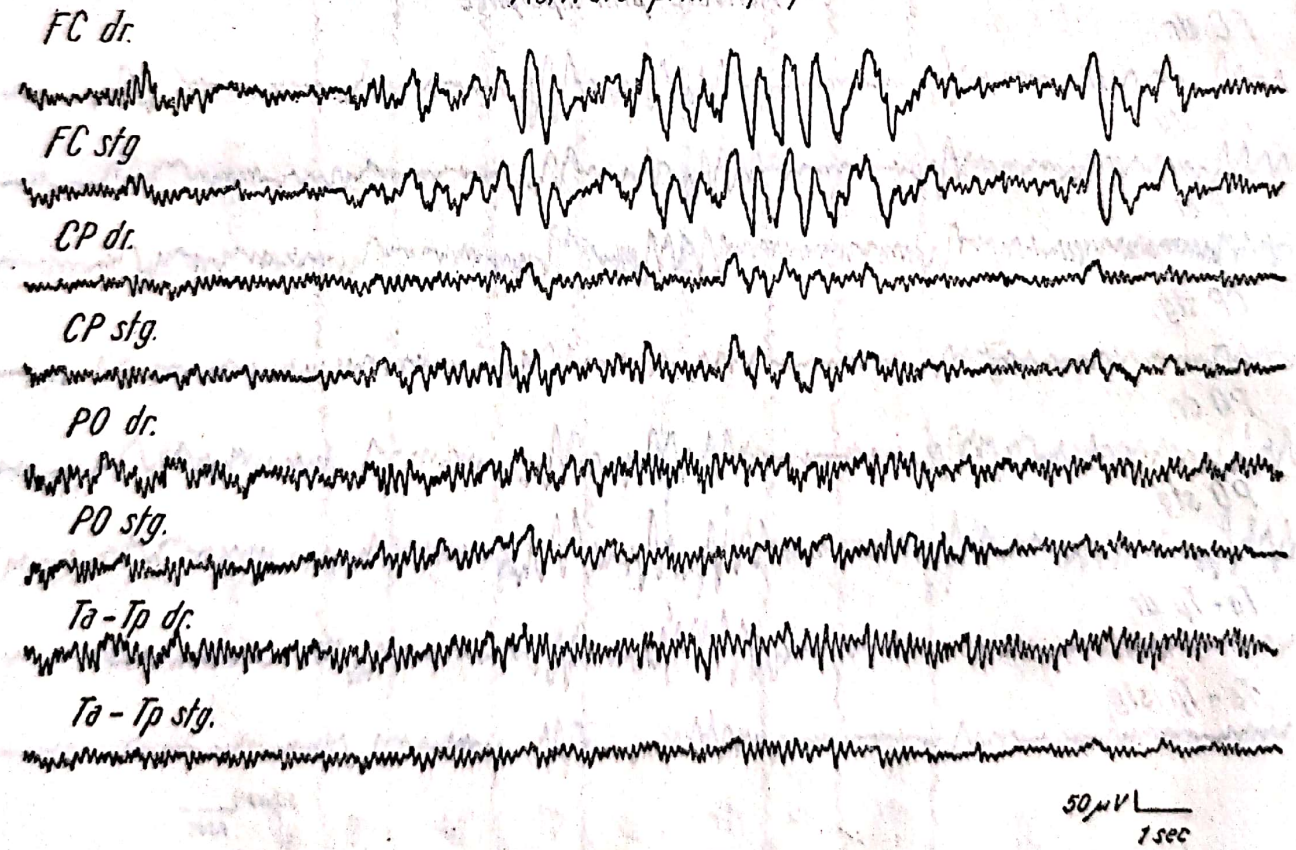


Fig. 17

Scanned with OKEN Scanner

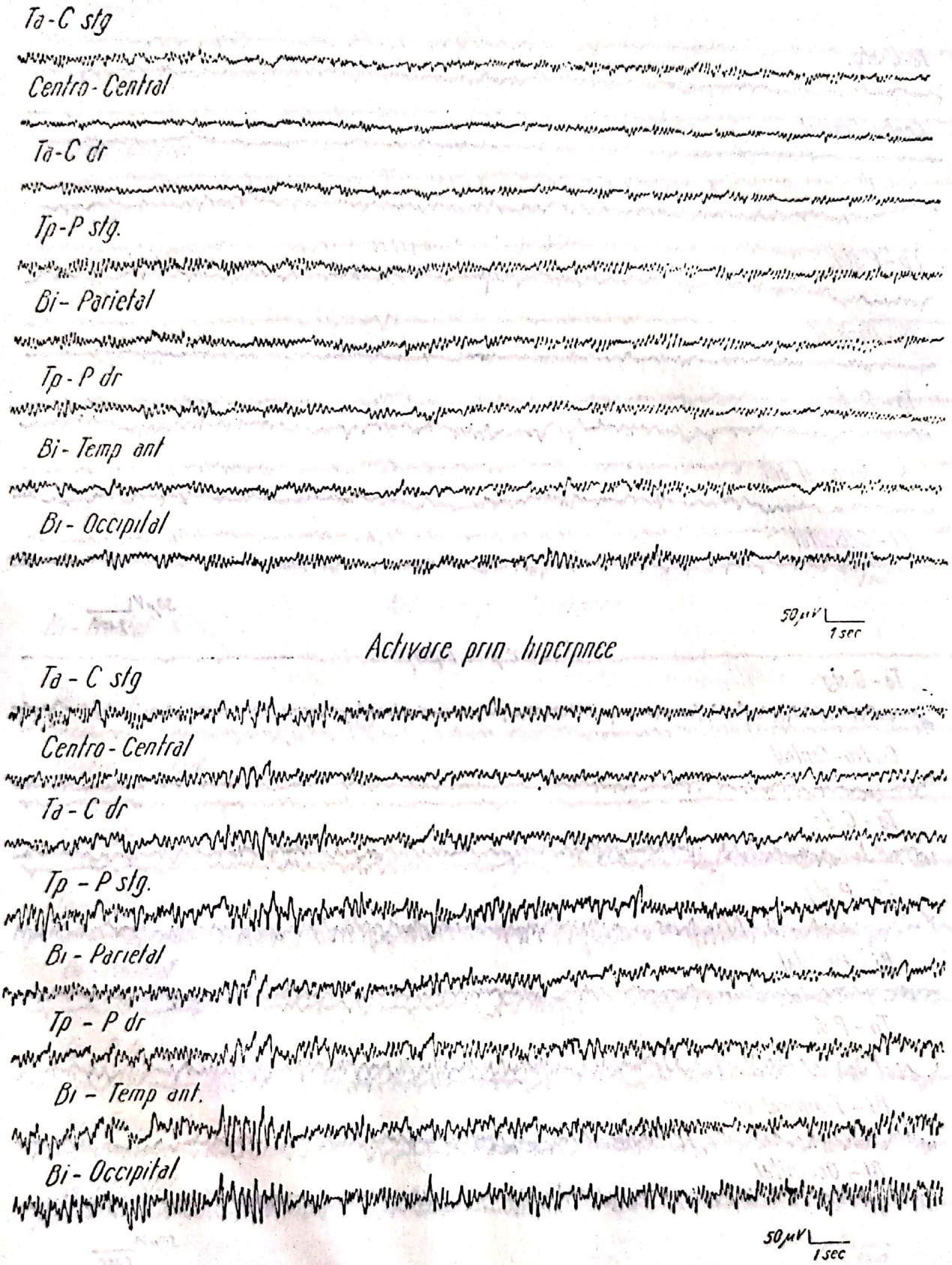


Fig. 18

Scanned with OKEN Scanner

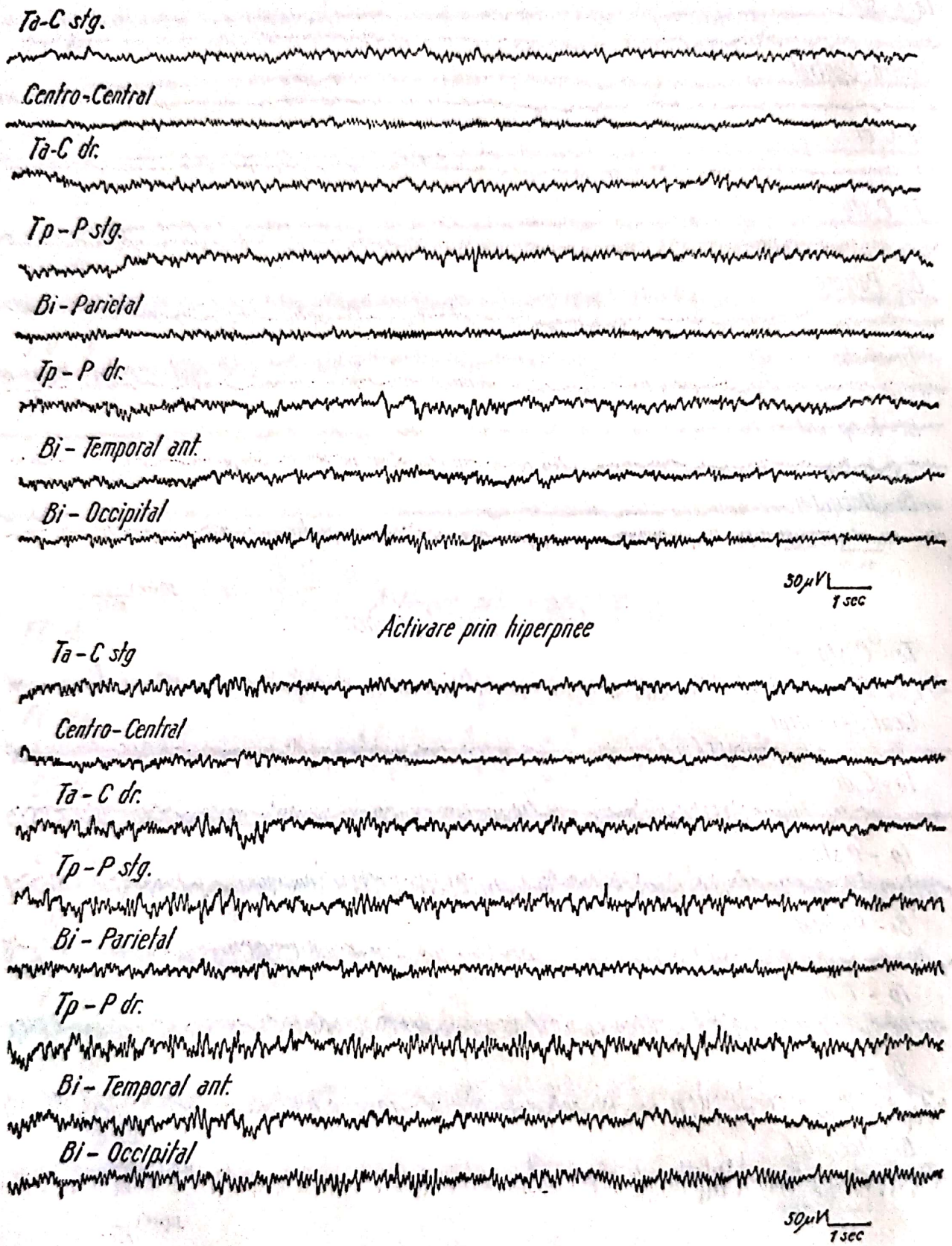
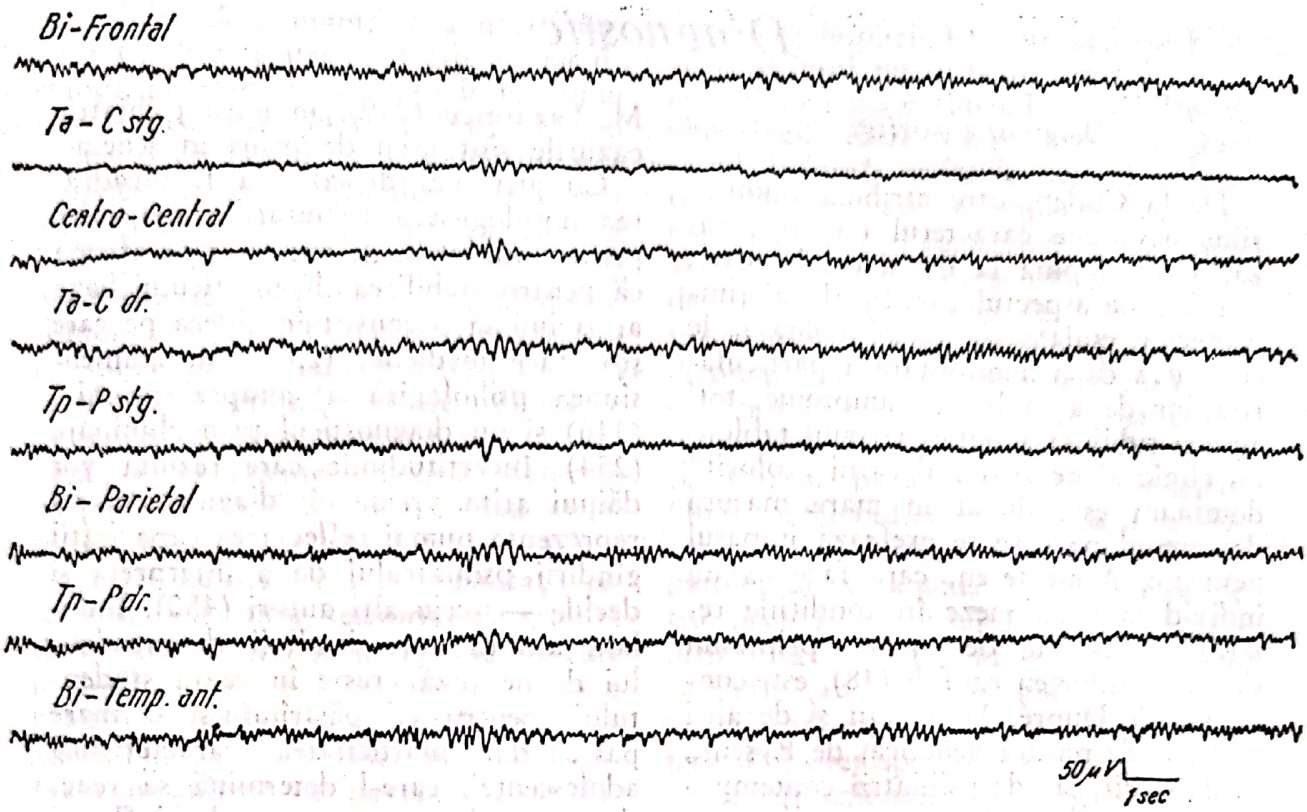


Fig. 19

Scanned with OKEN Scanner



Activare prin hiperpnee

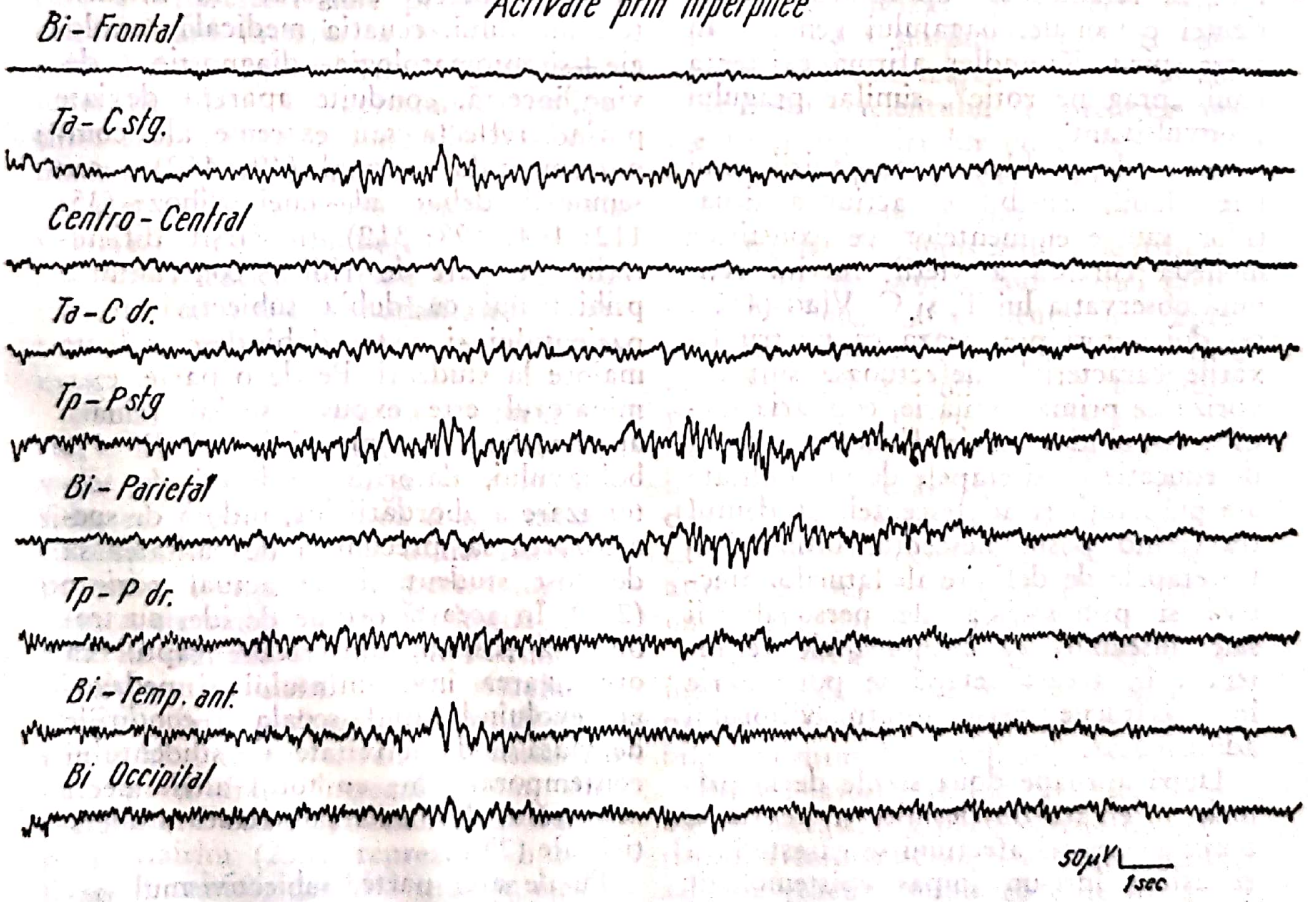


Fig. 20

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic

Diagnostic pozitiv

De la Cullen, care atribuia tulburărilor nevrotice caracterul de „surprinzătoare", şi pînă la Ey şi colab., care, vorbind de aspectul „artificial" al simptomelor etalate de aceşti bolnavi, le consideră ca o manifestare a particularităţilor de a „fabrica" simptome, toţi autorii subliniază polimorfismul tabloului clinic al nevrozei, al cărui „colorit" dominant este dictat în mare măsură de terenul pe care se grefează impasul nevrotic. Acest teren, care face ca un individ să reacţioneze în condiţiile relaţiilor obişnuite de viaţă printr-un sindrom psihogen egofob (48), este considerat de Dupré, Montassut şi de alţii ca fiind de natură genetică, de Eysenk, ca dobîndit, iar de psihiatrii contemporani ca rezultat al suprapunerii experienţei personale, bagajului genetic. În acest spirit, Kreindler afirmă existenţa unui „prag nevrotic", similar pragului „convulsivant".

Legat de problema constituirii unui teren labil, sensibil la acţiunea situaţiilor sau evenimentelor ce constituie moneda curentă a vieţii, merită reţinută observaţia lui T. şi C. Vlad (450): cei doi autori precizează că pentru fixările caracteriale defectuoase sînt favorizante prima copilărie, copilăria tardivă — cînd intervin flagrante greşeli de educaţie — şi etapele de instabilitate ale pubertăţii şi adolescenţei. Studentul traversînd postadolescenţa, ultima dintre etapele de definire ale laturilor afectivă şi psihosocială ale personalităţii sale, înseamnă că evenimentele ce intervin în această etapă se pot înscrie în trăsăturile personalităţii viitorului adult matur.

După aproape două secole de la primele încercări de definire a nevrozei, definiţia acestei afecţiuni se găseşte încă şi astăzi într-un impas epistemologic (311) pentru că, aşa cum afirmă şi M. Lăzărescu (239), în mica psihiatrie cazurile sînt greu de prins în scheme.

Cu atît mai dificilă va fi încadrarea nosologică a tulburărilor nevrotice pentru psihiatru, de vreme ce se afirmă că pentru stabilirea diagnosticului baza ar trebui să o constituie „ideea pe care şi-o face medicul" (238) sau „dimensiunea psihologică a comprehensiunii" (346) şi nu diagnosticul prin eliminare (254). Incertitudinile care rezultă vor dăinui atîta vreme cît diagnosticul va reprezenta numai reflectarea capacităţii gîndirii psihiatrului de a interpreta şi decide — scriu alţi autori (450). Îndoiala asupra corectitudinii diagnosticului de nevroză creşte în cazul studentului, pentru că păstrîndu-şi o mare parte din plasticitatea caracteristică adolescenţei, care-l determină să reacţioneze adesea exagerat la influenţele mediului, ecuaţia medicală: etiologie + simptomatologie = diagnostic devine incertă, conduite aparent deviate putînd reflecta sau extreme ale comportamentului normal (49; 462), sau semne de debut al unei psihoze (35; 112; 164; 198; 312). În sfîrşit, dificultăţile pe care le ridică confruntarea psihiatrului cu dubla subiectivitate, a pacientului şi a sa, dobîndesc valenţe majore la studenţi. Pe de o parte, examinatorul este expus riscului frînării aprehensiunii fenomenului, a bolii şi a bolnavului, datorită tendinţei de scotomizare a abordării lor, indusă de specializarea sa, precum şi de calitatea sa de fost student şi de actual părinte (268). În această ordine de idei nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că organizarea învăţămîntului şi pedagogia evoluînd rapid, şcoala şi condiţiile de viaţă şi de activitate ale studentului contemporan sînt cu totul altele decît cele trăite de medic pe vremea studenţiei sale (255).

Pe de altă parte, subiectivismul pacientului îşi spune cuvîntul în sensul

Scanned with OKEN Scanner

dificultății de comunicare a unei suferințe (255) mai ales cînd este vorba de emoții, pe care chiar poeții le transpun greu în cuvinte (Harris, 168). Ținînd seama și de faptul că adolescentul este caracterizat de o dificultate de exprimare a gîndurilor și sentimentelor, că în fața medicului este stăpînit de o mare emoție și că sub influența narcisismului tinde să dezvolte o introspecție ipohondriac-anxioasă care-l face să se plîngă în primul rînd de tulburările somatice, că adesea ascunde, cu sau fără voia sa, experiențe patogene datorate părinților, cadrelor didactice sau societății (268), că studentul traversează o etapă de maturizare a personalității sale, postadolescența, teritoriul de graniță dintre adolescență și maturitate, pe care se întîlnesc și se întrepătrund aspecte proprii adolescenței cu altele specifice adultului, că acest tînăr este confruntat concomitent cu nevoia de satisfacere a intereselor sale profesionale, a celor vizînd inserția sa în viață și în primul rînd a găsirii viitorului său partener de viață, că „presiunea" obligațiilor sale școlare în condițiile unei permanente crize de timp și ale riscului de eșec îi polarizează adesea atenția și temerile, este ușor de înțeles amploarea semnificației pe care o dobîndește subiectivismul său în modalitatea și conținutul acuzelor cu care se prezintă la medic.

Pornind de la premisa conform căreia „fiecare caz este un unicat", Howells (168) recomandă să se ia în considerare pentru stabilirea diagnosticului tulburărilor psihice, în afara semnelor prezente, și alte trei aspecte: sursa și natura stressului, particularitățile tînărului și semnele vizibile ale disfuncției. Și alți autori insistă asupra riscului ce rezultă din acordarea unei atenții prioritare unui singur nivel, a considerării unei părți drept întregul sistem, simplificîndu-i complexitatea. Organismul, scrie Mairlot (255), reprezintă o totalitate dinamică, deschisă tuturor mediilor sale trecute, prezente și viitoare, conștiința implicînd o retroacțiune fără de care insul nu se poate situa în prezent și nici nu e capabil să stabilească obiectivele către care să-și dirijeze „feed before" acțiunile sale anticipative. Prin urmare, se impune investigarea condițiilor și factorilor de risc care, acționînd în copilăria și adolescența studentului, au contribuit la configurarea trăsăturilor sale psihologice (238). Or, distincția dintre actual și structural reprezintă o condiție de bază pentru a putea considera anormale manifestările și acuzele pacientului. R. Fürstenau (469), precizînd că reacțiile la o tensionare acută nu dobîndesc semnificație patologică și caracterul unui factor de risc decît în cazul cînd coincid cu predispoziția tînărului, în sensul unei sensibilități sau al unei labilități. Odată identificată natura și particularitățile terenului predispozant, se cere precizată natura funcțională — „sine materia", cum le caracterizau Oppenheim, Erb și Babinski — a simptomelor și semnelor clinice, „obiectivizarea" pe cît posibil a acuzelor pacientului și corelarea momentului apariției lor cu acelea al impactului situației sau evenimentului cauzal. Dar această corelație devine posibilă numai în momentul identificării factorului, de fapt a constelației factorilor etiologici, a virulenței lor, apreciată prin prisma conjuncturii în care au apărut și a semnificației dobîndite prin interacțiunea cu personalitatea pacientului. Dispunînd de aceste elemente, indispensabile diagnosticului, se procedează la evaluarea sintetică a „cazului", care dictează încadrarea nosologică și atitudinea terapeutică, evitînd riscul unei supra- sau subaprecieri.

Acest preambul detaliat lasă să se întrevadă două aspecte mai importante pentru tehnica diagnosticului, aplicabile studentului cu tulburări nevrotice.

Primul aspect rezidă în necesitatea bunei cunoașteri a particularităților studentului contemporan și a modalităților sale de reacție, știind că datorită statutului său social și specificului său ocu-

Scanned with OKEN Scanner

pațional, el se deosebește de restul tinerilor de aceeași vîrstă. Acest aspect reprezintă însăși rațiunea de a fi a medicinii muncii universitare și, respectiv, a psihiatriei universitare, precum și un argument de bază în sprijinul opiniei autorilor care susțin că medicul din rețeaua de ocrotire a sănătății studenților este cel mai competent să evalueze și să încadreze nosologic tulburările psihice ale acestora (13; 71; 173; 309; 413);

Al doilea aspect este cel al necesității urmăririi evoluției clinice a manifestărilor comportamentale și din sfera activității atît pentru confirmarea diagnosticului inițial, cît și pentru a putea surprinde orice răsturnări ale aparențelor, orice schimbări neașteptate în sfera trebuințelor și aspirațiilor ce apar în urma intervenției unor evenimente sau situații și care pot induce o redirecționare a procesului de definire a personalității sale (13; 112; 173; 177; 303; 309; 413). Tocmai de aceea impasul adaptativ al acestui tînăr se cere abordat în perspectiva influenței pe care o poate exercita asupra devenirii personalității și a inserției în viață și în profesie a acestui tînăr.

Premisa unui diagnostic corect o reprezintă în primul rînd dobîndirea cooperării pacientului prin încrederea pe care examinatorul reușește să i-o inspire. Începutul trebuie făcut, așa cum afirmă Sournia (citat de 258), primind pacientul cu o „bunătate elementară", capabilă să-i risipească reținerile, înlesnindu-i medicului să surprindă ceea ce se ascunde dincolo de atitudinea și relatările tînărului și mai ales să stabilească un diagnostic intuitiv al personalității. Atitudinea de înțelegere și de bunăvoință, completată cu „complicitatea de limbaj" și cu devansarea unor afirmații și acuze ale pacientului, rezultat al cunoașterii amănunțite a vieții și activității, a mentalităților și dificultăților curente pe care le întîmpină, intrarea rapidă a examinatorului în rezonanță cu unele din organizările pacientului (285) înlesnesc comunicarea și dezvăluirea problematicii și frămîntărilor celor mai intime, fără să împiedice rigurozitatea observației și fără să compromită autoritatea acestui confident al pacientului, care este medicul. În cadrul dialogului va fi urmărită nu o simplă inventariere a datelor referitoare la conținutul experienței sale biologice și psihologice care au participat la modelarea terenului său somatic și psihic, ci o integrare a acestor date cu cele referitoare la educație, la școlaritate, la vocația sa profesională etc. cu scopul de a se obține o imagine cît mai realistă a capacității sale adaptative și, în raport cu aceasta, a semnificației posibile și a penetrației reale a impactului provocat de situația sau evenimentul stressant.

Examenul clinic general și cel neurologic vor furniza informațiile care, coroborate cu cele menționate deja de ceilalți specialiști pe fișa de cunsultație a studentului, asigură cunoașterea obiectivă a terenului și a tulburărilor somatice, precum și caracterul lor funcțional. Rămîne de operat un triaj atent al semnelor și simptomelor somatice, ținînd seama de labilitatea neuro-endocrino-vegetativă a acestor tineri, fond pe care se înscriu tulburările amorsate de trei categorii de factori: modul de viață al studentului, fluctuațiile curbei sale de efort de-a lungul anului universitar și

TABELUL XIX

Repartiția procentuală a observațiilor în funcție de timpul și, respectiv, de numărul consultațiilor necesare stabilirii diagnosticului de certitudine

	Total	*Nevroze constituite*	*Dezadaptări acute*
Timpul:			
sub o lună	71,3	63,9	78,9
1—3 luni	10,1	10,6	9,7
peste 3 luni	18,5	25,6	11,3
Numărul consultațiilor:			
una	64,9	57,1	72,7
mai multe	35,1	42,9	27,3

Scanned with OKEN Scanner

stilul propriu activităţii sale şcolare, în sfîrşit, impasul adaptativ. Va rezulta o limitare judicioasă a simptomelor somatice pendinte de dezadaptarea nevrotică.

Dar din dialogul iniţial cu pacientul, ca şi din observaţiile prilejuite de comportamentul pacientului în timpul examenului clinic şi din examenul psihiatric, se desprinde şi tabloul clinic psihiatric ce permite stabilirea unui diagnostic sindromologic.

În ceea ce priveşte acuzele pacientului, trebuie selecţionate cele semnificative, precizată amploarea reală a fiecărui simptom, momentul apariţiei sale în raport cu celelalte simptome, semnificaţia pe care i-o acordă pacientul, eliminîndu-se tot ceea ce este „împrumutat" şi adăugîndu-se tot ceea ce examinatorul deduce sau intuieşte din ceea ce tînărul nu ştie sau nu vrea să declare.

Pentru încadrarea nosologică a sindromului trebuie luate în considerare toate evenimentele sau situaţiile cu potenţial stressant care au precedat sau au coincis cu debutul tulburărilor, de multe ori adevăratele cauze nefiind cele presupuse şi avansate de pacient. Evaluarea forţei de impact şi a semnificaţiei dobîndite de factorii respectivi se face în funcţie de structura şi nivelul de maturizare a personalităţii, de nivelul său de cultură şi de mentalităţile sale, de conjunctura familială, şcolară şi socială în care se află pacientul în momentul respectiv. Ca termen de referinţă pentru aprecierile menţionate recomandăm, pe de o parte starea studentului anterioară intervenţiei factorilor stressanţi şi, pe de altă parte, trăsăturile caracteristice generaţiei de studenţi din care face parte pacientul, precum şi modalităţile comune de reacţie ale acestora.

Caracteristică oricărei forme de tulburare nevrotică a studentului este intricarea simptomelor din paleta obişnuită acestei afecţiuni cu simptome ce reflectă perturbarea economiei învăţării şi, destul de frecvent, cu simptome derivate din dificultăţi de maturizare.

Date fiind importanţa multidimensională a performanţelor la învăţătură şi presiunea exercitată constant de sarcinile şcolare, cu scadenţele care se repetă la intervale de timp din ce în ce mai scurte, majoritatea studenţilor propulsează în prim planul acuzelor trei categorii de simptome: perturbările proceselor de gîndire şi în special ale celor de învăţare, simptomele psihice ale surmenajului şi tulburările funcţionale somatice, toate dublate de anxietate.

Din prima categorie se detaşează dificultăţile de concentrare, fatigabilitatea şi discontinuitatea atenţiei, incapacitatea de stocare şi evocare mnezică, scăderea puterii de selecţie a esenţialului şi de sinteză într-un tot coerent şi raţional al noţiunilor, la care se adaugă, în sesiunile de examene, inhibiţia în timpul examenului sau fobia de examen. Concomitent se desprind o serie de perturbări pe care nu totdeauna tînărul le conştientizează, cum sînt comprimarea timpului subiectiv, cu supraevaluarea riscului de eşec şi implicit cu autosubestimarea capacităţii de asimilare, cu autoverificarea iraţională a stocajului mnezic, cu scăderea motivaţiei şi a nivelului de aspiraţie, mergînd pînă la abandonarea oricărei încercări de a mai învăţa prin apariţia sentimentului de inutilitate a efortului, sau prin pierderea conştientă a timpului în activităţi fără semnificaţie, ca rezultat al epuizării energiei psihice şi concomitent a capacităţii de decizie şi de trecere la act.

La primul contact cu un astfel de pacient s-ar putea comite eroarea de a-l cataloga fie deficitar aptitudinal, fie lipsit de motivaţia corespunzătoare exigenţei studiilor, fie un simulant care încearcă să-şi mascheze lacunele caracterial-educative. În realitate, integrînd acuzele sale în totalitatea tabloului clinic şi raportîndu-le la particularitatea

Scanned with OKEN Scanner

experienţelor sale anterioare, la cele ale personalităţii şi ale nivelului său de maturizare, putem descoperi tendinţe perfecţioniste, intelectualiste — sinonime cu trăsături obsesive (469) — hiperconştiinciozitate şi hiperactivitate — semne de nevroticism (469) — sensibilitate la eşec, dificultăţi de integrare în grup, dublate de complexe de inferioritate, mergînd pînă la sentimentul de stigmatizare de către colegii săi, fenomen interpretativ frecvent la studenţii obligaţi să repete un an universitar. Ori de cîte ori un astfel de tablou clinic nu este justificat nici de o greşită opţiune profesională, nici de un stil sau de metode de muncă defectuoase, nici de defecte caracterial-educative şi nici de trăsături anormale ale personalităţii, trebuie insistat în direcţia posibilităţii coincidenţei stressului şcolar cu o traumă afectivă de natură erotică, eventualitate frecventă întrucît căutarea partenerului de viaţă constituie o trebuinţă care se cere satisfăcută „la concurenţă" cu trebuinţele intelectuale şi profesionale. Alteori stressul şcolar poate coincide cu o traumă de ordin familial, consecinţă a conflictelor ce se nasc pe fondul dependenţei economice şi afective de părinţi. În sfîrşit, mai rar, dar nu excepţional, dificultăţile la învăţătură, cu tot cortegiul simptomatic aferent, poate fi consecinţa exacerbării „frămîntărilor interne" generate de procesul de maturizare. Dacă uneori studentul relatează spontan existenţa uneia dintre eventualităţile semnalate, de cele mai multe ori el nu procedează aşa, fie pentru că subestimează posibilitatea unei traume afective de a submina eficienţa procesului de învăţare, fie pentru că se teme ca medicul să nu adopte atitudinea cu care s-a obişnuit să fie întîmpinat din partea autorităţii parentale şi a celei instituţionale; este vorba de atitudinea ce derivă din mentalitatea de minimalizare şi chiar de reprobare a oricărei preocupări de satisfacere a trebuinţei sale de găsire a partenerului de viaţă, substratul acestei mentalităţi fiind teama unei scăderi a motivaţiei pentru activitatea sa universitară.

A doua categorie de simptome, care traduce surmenajul, include cefaleea, astenia resimţită fizic şi psihic, fatigabilitatea, neliniştea psihomotorie, iritabilitatea, tulburările de somn, fluctuaţiile dispoziţiei, ale apetitului, ale activităţii etc. Dacă uneori acest sindrom traduce dificultăţile de adaptare la exigenţa universitară, alteori poate fi vorba de încălcări repetate ale normelor de igienă şi de psihoigienă, în parte datorită crizei reale de timp, în parte de o proastă administrare a bugetului de timp. Sindromul de suprasolicitare pur, asimilabil cu o stare infranevrotică, este incomparabil mai frecvent în perioadele sesiunilor de examene decît în restul anului universitar, dar indiferent de momentul instalării lui, impune o atentă investigare a tabloului clinic şi al adevăratelor sale cauze, întrucît poate ascunde numeroase demodulări psihice de cu totul altă natură decît munca excesivă sau impasul nevrotic.

În sfîrşit, simptomele somatice, în special cele care traduc disfuncţii vegetative — la studente şi cele gonadice — aproape nelipsite, reflectă în mare măsură stilul de viaţă şi de activitate specific studentului. Dar această simptomatologie apare de regulă şi în tabloul dezadaptărilor nevrotice, dîndu-le un colorit propriu studentului nevrotic, mai ales datorită preocupărilor anxioase, ipohondrice, obsesive sau fobice cărora le dau naştere, închizînd astfel cercul vicios somato-psiho-somatic.

În cadrul sindromului vegetativ, *dominanta funcţională orto- sau parasimpatică manifestă şi prelungită*, mai ales în sfera cardiocirculatorie, se desprinde ca semn obiectiv ce confirmă existenţa unei dezadaptări nevrotice. Variabilă în funcţie de dominanta constituţională vegetativă, această simptomatologie trebuie diferenţiată de labilitatea funcţională cardiocirculatorie a stu-

Scanned with OKEN Scanner

denţilor din primii doi ani de studii, consecinţă a reducerii pînă la suprimare a practicării jocurilor sportive odată cu începerea activităţii universitare. Labilitatea menţionată se manifestă prin tahicardie, hiperpiezie, dispnee la efort fizic minim, adevărat sindrom de sevraj al activităţii fizice, sursă frecventă a unor reacţii ipohondrice, anxios-obsesive şi cardiofobice, realizîndu-se adesea un sindrom similar celui descris sub denumirea de ipohondria sportivului (217).

În sfera digestivă, cele mai frecvente disfuncţii ce trebuie suspectate a fi de natură nevrotică, psihosomatică, sînt gastro-duodenitele, colitele şi diskineziile biliare.

Mai rare, dar cu importante implicaţii terapeutice sînt cazurile de astm pulmonar, alergiile, diferite forme de dispnee, unele afecţiuni dermatologice.

Alteori, manifestările somatice ale demodulărilor psihice depăşesc sfera disfuncţiilor sistemului autonom, cum este cazul unor nevralgii atipice, tulburări sfincteriene, bruxismul, automatisme verbale sau motorii nocturne, atacuri manièriforme sau nigreniforme, febră prelungită etc. Toate aceste tulburări pot fi corelate şi încadrate în tabloul impasului nevrotic numai printr-o analiză minuţioasă a fenomenelor, eliminînd etiologia „organică", a circumstanţelor în care s-au instalat şi a evoluţiei lor.

Este de la sine înţeles că, în afara celor trei categorii de simptome menţionate, la student se întîlneşte toată gama de simptome nevrotice cunoscute, coloratura tabloului clinic exprimînd particularităţile terenului pe care se instalează.

În concluzie, diagnosticul de nevroză se stabileşte la student, ca şi la adult, în cazul în care tabloul clinic tipic se suprapune unei structuri a personalităţii caracterizată prin labilitate, un grad de imaturitate, sensibilitate excesivă la *stress* sau la frustraţie, un grad mai mult sau mai puţin evident de egofilie şi prin caracterul de psihogenie neintenţională, cu păstrarea sentimentului etic şi al discernămîntului în cadrul relaţiilor sociale (48). Pentru afirmarea diagnosticului se impune, în cazul studentului, urmărirea evoluţiei în timp a tabloului clinic; evoluţia prelungită cu o relativă rezistenţă la chimioterapie, dar sensibilă la psihoterapie, pledează pentru diagnosticul de nevroză constituită, mai ales cînd se constată frecvente decompensări pe fondul unui „continuum", manifest chiar şi în vacanţele şcolare. Particularităţile menţionate sînt explicate de desfăşurarea procesului de maturizare a personalităţii care se termină de-abia după terminuarea studiilor universitare, odată cu dobîndirea autonomiei sale economice, a statutului profesional şi social definitiv. Studentul, postadolescent, poate să prezinte sindroame nevrotice tipice tranzitorii, care se înscriu de fapt în categoria reacţiilor nevrotice. Totuşi, tocmai datorită incompletei maturizări a personalităţii sale, studentul poate prezenta astfel de reacţii aparent benigne care pot ascunde sau prevesti procese patologice grave, pot reprezenta un simplu impas de intensitate infranevrotică sau o manifestare extremă a unui comportament care, pentru pacientul respectiv, nu depăşeşte limitele normalităţii, în fine, poate echivala cu debutul unei nevroze prin afectarea anumitor mecanisme, a căror dereglare începe să acţioneze pe cont propriu, dobîndind autonomie faţă de cauza declanşatoare (450).

Este locul să consemnăm ca forme de reacţii de intensitate nevrotică sau infranevrotică specifice studentului: fobia şcolară, abandonul şcolar şi redirecţionarea vocaţiei profesionale. Deşi nu totdeauna se instalează brusc, ele fiind rezultatul dezvoltării unui sentiment de nerealizare profesională, de incapacitate de a corespunde exigenţei proprii, indusă de familie sau solicitată real de nivelul universitar, atunci cînd studentul se adresează medicului, tabloul cli-

Scanned with OKEN Scanner

nic lasă impresia unui debut acut, mai ales dată fiind coincidența în timp cu un insucces școlar. Ca și inhibiția în examen, adesea aparent absurdă, poate fi consecința unui simplu surmenaj, a suprapunerii unui eveniment traumatizant de cu totul altă natură — somatogenă, erotică, familială etc. —, dar poate fi și un episod înșelător sub care se ascunde o psihoză.

Un ultim tip de impas existențial care se manifestă sub forma unei reacții psihogene, întîlnit cu o relativă frecvență la studenți, este cel provocat sau cel care determină tulburări de dinamică sexuală. Problema pe care o ridică din punct de vedere diagnostic este aceea a stabilirii substratului, întrucît de la interpretarea anxioasă a unor fenomene fiziologice, datorită lipsei sale de informare în materie de sexologie, și pînă la schizofrenie, oricare dintre demodulările psihice poate amorsa astfel de tulburări. De-a lungul a peste zece ani de activitate în calitate de sexolog al studenților din Centrul universitar București, nu am observat la un total de cîteva sute de pacienți cu astfel de acuze, mai mult de 5—10 cazuri cu substrat organic. Totuși examenul genital clinic este obligatoriu, dată fiind acțiunea sa de „asigurare" a tînărului asupra normalității sale din acest punct de vedere. De asemenea ori de cîte ori în antecedentele sale personale figurează consultații sau tratamente endocrinologice, efectuate în jurul vîrstei pubertare, sau afecțiuni ca varicocelul, hematocelul, fimoze etc., trebuie discutată cu pacientul problematica sexologică; de multe ori avem surpriza să descoperim „complexul penisului mic" sau preocupări ipohondrice legate de masturbație sau de „anomaliile" sale genitale, substrat al unei nevroze cu evoluție prelungită și rezistentă la psiho- și chimioterapie și bineînțeles cu influență nefavorabilă asupra performanțelor școlare.

O mențiune specială merită sindroamele de suprasolicitare, expresie a discrepanței dintre „trebuie" și „a putea", sindroame cu o etiologie extrem de variabilă. Deși în mod obișnuit dispar destul de repede sub acțiunea unui demers de îndrumare ortopedagogică și de sprijin psihoterapeutic, atunci cînd sînt urmate de un eșec la examen și cînd intervin la un tînăr cu un teren sensibil la eșec, pot amorsa o suită de noi eșecuri universitare și, repetîndu-se ciclic, cu ocazia sesiunilor de examene următoare, pot reprezenta „incipiens"-ul unei dezadaptări nevrotice durabile.

Diagnostic diferențial

Cunoscută fiind dificultatea diferențierii nevrozei de normal, de psihopatii, de psihoze și chiar de afecțiunile somatice (18; 53; 70; 112; 162; 176; 216; 326; 343), din 1 000 de psihiatri interogați, 54% preferă diagnosticul intuitiv (126, 593), atitudine cu atît mai indicată la tînăr, al cărui psihism este global afectat de nevroză (41) și la care tulburări minore pot reprezenta un „incipiens" (13; 46; 164; 198; 309; 450; 469). Acest potențial evolutiv, explicabil prin incompleta maturizare a studentului, impune urmărirea în timp a evoluției tulburărilor nevrotice, atitudine rareori indicată la adult (238).

Adoptarea în cazul studentului a unei atitudini rezervate în ceea ce privește încadrarea nosologică a tulburărilor sale adaptative, in- și dezadaptările acute, este dictată de evitarea psihiatrizării unor impasuri psihologice ce apar uneori în cadrul procesului de maturizare, sau a unor manifestări extreme ale normalității (186), inversul fiind și el valabil, adică evitarea considerării drept nevrotice a manifestărilor unei psihopatii sau a debutului atipic al unei psihoze. Prezența factorului „maturizare" este o condiție definitorie a acestor sindroame, foarte asemănătoare celor întîlnite la adolescent; aceasta ne-a determinat să denumim infranevrotice sindroamele de suprasolicitare pure, precum și unele dintre reacțiile nevrotice — la eșecurile școlare, la rupturi

Scanned with OKEN Scanner

erotice, la eşecuri sexuale întîmplătoare —, reacţii similare stărilor „de alarmă“ (Tomkins), stări de disconfort afectiv legate de factori din mediu, neîncadraţi şi neclasificaţi într-una dintre variabilele emoţionale ale unei stări ce poate fi asimilată manifestărilor reflexului de orientare (21). În practică sindroamele infranevrotice, situate în zonele „diluate“ ale patologicului (Dörner) nu sînt uşor de diagnosticat, astfel că acest cadru nosologic serveşte ca un prim diagnostic, urmînd ca evoluţia să clarifice natura lor reală.

Cel mai important diagnostic diferenţial al dezadaptării nevrotice sau infranevrotice, prin semnificaţiile sale, este cel cu schizofrenia. Aceasta datorită intricării frecvente a unor elemente atipice în tabloul clinic al tulburărilor psihice la adolescent (126). La adolescent şi, uneori şi la student, se pot întîlni comportamente juvenile similare unor simptome schizofrenice — bizarerii, megalomanie, tendinţa la introversiune, reverie şi abstractizare, depersonalizare, derealizare, dismorfofobie (35; 168; 258; 469), existînd autori care susţin că o criză de maturizare ar putea mima cei patru „a“ caracteristici schizofreniei: ambivalenţă, autism, anafectivitate, a-sociabilitate (86). Este de notat că, aşa cum defineşte Popescu-Neveanu autismul (339), acesta „ . . . cunoaşte diverse grade de dezvoltare între normal şi patologic. Autismul este un termen aplicat uneori situaţiilor sau cazurilor de introversiune accentuată, se întîlneşte destul de frecvent în momentele critice ale psihogenezei (prima copilărie şi începutul adolescenţei) dar poate dobîndi şi forme anormale.“

Deşi un teren predispus nu implică obligatoriu instalarea unei boli psihice (299), această predispoziţie joacă un rol important în instalarea unei schizofrenii exogene (48; 126). Or, de multe ori schizofrenul poate ridica probleme foarte umane, rezultat al experienţei din copilărie, cînd izolarea a fost impusă de anomalii ale structurii, climatului sau educaţiei familiale, care au condus la conturarea unei personalităţi disarmonice; pe de altă parte, tînărul cu tulburări nevrotice — hipoprosexie, astenie matinală, oboseală prelungită şi nejustificată —, care înregistrează eşecuri şcolare în serie sau schimbări bruşte ale vocaţiei profesionale poate să traverseze debutul neurastenic form (371; 372) al unei schizofrenii vera (13; 85; 164), o preschizofrenie (35) sau să se încadreze în forma pseudonevrotică a schizofreniei (126). Cunoscută fiind şi existenţa paraschizofreniei reactive (469), ca şi a pseudoschizofreniei postencefalitice (43), dificultatea diagnosticului diferenţial devine evidentă, numai urmărirea evoluţiei permiţînd stabilirea exactă a naturii tulburărilor.

M. Korkina (168) remarca faptul că dismorfofobia poate apărea în debutul mai multor boli psihice, evoluînd cu idei de defect fizic şi de aluzie şi cu o dispoziţie depresivă. La adolescent schizofrenia poate prezenta ca primă manifestare episoade repetate de derealizare şi izolare, ca manifestări secundare derealizări mai durabile, compulsiuni şi un sindrom dismorfomaniac, care se organizează în iluzii paranoide, iar ca manifestări terţiare, sindromul de derealizare, cel de depersonalizare, idei de persecuţie şi o dispoziţie delirantă. Acelaşi autor precizează că perturbarea percepţiei lumii înconjurătoare poate apărea şi la adolescentul normal, dar acesta are clar sentimentul alterării percepţiei spaţiului, obiectelor, fiinţelor, persoanelor şi a curgerii timpului, dat fiind că îşi manifestă surprinderea faţă de disociaţia dintre cunoştinţele sale anterioare şi noile senzaţii. Adolescentul percepe mediul ca normal, cenuşiu, lipsit de viaţă, estompat, zgomotele ca asurzite; alteori mediul i se pare strălucitor, zgomotos, spectaculos, plin de viaţă, putînd exista şi fenomene de „jamais“ sau „déjà vu“. Derealizarea se însoţeşte în aceste cazuri de anxietate, perplexitate, neajutorare, respingere. La

Scanned with OKEN Scanner

adolescentul cu tulburări nevrotice, sindromul de derealizare poate fi însoţit de neliniște, frică, teama de a nu înnebuni, de unde şi tendinţa frecventă a tînărului de a nu-i semnala prezenţa. Cînd se asociază cu un sindrom de depersonalizare, însingurare, dismorfofobie, dismorfomanie, semnul oglinzii şi cel al fotografiei trebuie urmărit cu mare atenţie.

În numeroase cazuri de dezadaptare acută sau de tulburări nevrotice, pacienţii noştri semnalau că au observat o schimbare a privirii sau a faciesului lor, vădind o preocupare obsesivă pentru aceste „schimbări", ceea ce lasă să se întrevadă că semnul oglinzii şi elementele dismorfofobice sau dismorfomaniace nu sînt rare.

În ceea ce priveşte formele atipice de debut ale psihozei discordante am remarcat în ordinea frecvenţei: debutul neurasteniform, cel obsesiv, cel depresiv şi, mai rar, de tip isteric. Merită semnalat că uneori un tablou nevrotic paucisimptomatic a evoluat către o schizofrenie, şi invers, sindroame discordante care s-au risipit într-un timp scurt, fără să mai apară în anii următori vreun simptom care să permită confirmarea diagnosticului iniţial.

Probleme de diagnostic diferenţial tot atît de dificile se pun şi în cazul sindroamelor depresive, a căror natură somatogenă, psihogenă sau endogenă (151; 199; 216; 267) este cu atît mai greu de stabilit, cu cît intervin adesea modificările induse de o terapie psihotropă (42), iar elanul vital caracteristic tînărului poate masca depresiunea (198). Nu mai puţin frecvent se întîlnesc depresiuni larvate care se manifestă printr-o simptomatologie somatică, rebelă la tratament. În astfel de cazuri astenia, insomnia, reducerea motivaţiei nu numai pentru studiu, ci pentru orice activitate, o tendinţă la însingurare — care poate exprima doar dificultatea tînărului de a stabili legături intersubiective (469) — se asociază cu o evoluţie cvasicaracteristică a dispoziţiei — „dimineaţa mizerabil, la amiază acceptabil şi seara amabil" (469).

Pe de altă parte, intervenţia unui comportament suicidar nu trebuie interpretată în mod obligatoriu ca semn al unei depresiuni endogene, putînd fi sau o „demonstraţie" în cadrul isteriei, sau prima manifestare a formei schizoafective a schizofreniei (126; 199; 216; 244; 267; 469), sau pur şi simplu un act cu caracter adolescentin. Despre acestea Brânzei şi colab. (49) afirmă că sînt reacţii comportamentale de insubordonare, conflict, agresivitate sau protest şi nu soluţii ireversibile sau pulsiuni tanatofile irezistibile, adolescentul neatribuind actului suicidar caracterul irecuperabil. Astfel de situaţii pot apărea la tineri care în copilărie au avut un climat familial viciat, aşa cum au demonstrat şi studiile efectuate de Parot şi colab. (citaţi de 94). Sensibilizarea la vicisitudinile din familie poate amplifica dificultatea de adaptare la noutăţile mediului şi exigenţei universitare şi intervenţia unui eşec şcolar fiind trăită ca o frustrare, poate declanşa o tentativă de suicid, aparent nejustificată. Alteori, carenţa afectivă parentală îi determină să aştepte o compensare în legătura cu partenerul, legătură în care fac o investiţie afectivă exagerată, iar cînd intervin conflicte, poate germina ideea nonsensului vieţii. Dar şi tinerii ambiţioşi, care beneficiază de un hiperprotecţionism parental, obişnuiţi să nu li se refuze nimic, adulaţi de părinţii lor, pot săvîrşi un astfel de act după un eşec (uneori simpla neobţinere a notei maxime la un examen), alteori din cauza unei banale neînţelegeri cu partenerul, actul dobîndind în primul caz o semnificaţie de protest, în al doilea, una de agresivitate, de pedepsire a partenerului, aspecte juvenile tipice ale comportamentului suicidar.

Sînt de asemenea autori care vorbesc de o „vitalizare" a depresiunii (151), sau de o învăţare a anxietăţii (Watson, citat de 139) cu potenţial

Scanned with OKEN Scanner

evolutiv similar nevrozei obsesive spre o depresiune ciclică sau spre o melancolie (112; 126; 469).

G. Störring şi H. Völkel (469) subliniază dificultăţile de diagnostic diferenţial pe care le ridică psihozele marginale cicloide fazice, cu tablouri clinice schizofreniforme, în care potenţialul energetic se prăbuşeşte în sesiune sau cînd apare tendinţa de prelucrare psihică, decizie şi adaptare în cazul conflictelor cu partenerul, realizînd tablouri ce par de natură psihogenă amorsate de situaţii personale sau de viaţă. După maturizarea personalităţii şi inserţia în viaţă, fazele următoare nu mai evoluează schizofreniform, devenind dominante tulburările vital-energetice ale tendinţelor şi pulsiunilor. Autorii citaţi insistă şi asupra greşitei diagnosticări a unei depresiuni ca fiind de natură nevrotică, datorită evoluţiei sale prelungite; astfel există posibilitatea suprapunerii unei decompensări nevrotiforme pe fondul unei depresii endogene şi, invers, suprapunerea unei faze depresive endogene la anancaşti. Pe de altă parte, faze depresive ale sensibililor, ale paranoizilor, neîncrezătorilor, sau suprapuse unei personalităţi infantile pot preta la confuzie cu schizofrenia.

Diferenţierea nevrozei de o psihopatie este dificilă la adult, numai dacă la prima consultaţie bolnavul prezintă o decompensare neurastenică (197); la student, la care procesul de maturizare este încă în curs de desfăşurare, care este încă dependent afectiv de părinţi, care-şi manifestă nerăbdarea obţinerii deplinei sale autonomii şi la care competiţia profesională se ascute progresiv de-a lungul anilor de studii universitare, aspecte ce pot induce tendinţe egofilice accentuate, dificultăţile diagnosticului diferenţial sînt şi mai mari. Urmărind evoluţia clinică a unui tînăr nevrotic putem asista şi la instalarea unei „dezvoltări" nevrotice (288; 343) sub influenţa prelungită a unor factori psihosociali (25) care se manifestă similar psihopatiei prin incapacitatea episodică de integrare armonică în mediul social, familial sau universitar. Exceptînd cazurile foarte evidente, pentru a preciza diagnosticul de psihopatie, sînt necesare informaţiile culese de la părinţi şi de la persoanele din anturajul apropiat al pacientului, spre a se putea stabili unul dintre criteriile importante de diagnostic: debutul tulburărilor comportamentale încă din perioada peripubertară.

În legătură cu diagnosticul diferenţial al psihopatiei menţionăm şi dificultatea diferenţierii unora dintre psihopatii de psihoze, mai ales a celor schizoide, paranoide şi distimice, în momentul decompensării lor.

Ţinînd seama de incertitudinile semnalate, în lotul cercetat de noi, diagnosticul definitiv a fost stabilit numai la încheierea studiului, ceea ce ne-a permis să evaluăm şi erorile diagnosticului iniţial. S-a putut astfel constata că 20 dintre tinerii consideraţi nevrotici au „evoluat" către un sindrom discordant, în timp ce alţi 64 dintre studenţii cu tulburări nevrotice s-au dovedit a fi bolnavi de afecţiuni somatice, sau sănătoşi cu manifestări extreme ale normalităţii.

Dată fiind creşterea substanţială a numărului tinerilor din diferite ţări ale lumii care efectuează studii superioare în ţara noastră, trebuie subliniată dificultatea încadrării nosologice a tulburărilor lor nevrotice, pentru că, dincolo de dificultatea pe care o au de a se exprima în limba română, diferenţele existente între mentalităţi, norme de conduită şi sistemele lor valorice şi cele uzuale în ţara noastră, diferenţele semnificative ale sistemului şi conţinutului învăţămîntului din ţara de proveniență induc ceea ce Risso şi Böcker (citaţi în 469) numesc o „dezorientare socială" şi concomitent dificultăţi la învăţătură de un tip cu totul particular. În încercarea de a stabili etiologia unui set de acuze nevrotiforme, amorfe, datorită sărăciei vocabularului şi a necu-

Scanned with OKEN Scanner

noaşterii subtilităţilor conţinutului semantic al cuvintelor utilizate, examinatorul se izbeşte de lipsa sa de informare asupra semnificaţiilor posibile ale diverselor situaţii sau evenimente ce survin în viaţa lor.

Alte cauze frecvente de izbucnire a unor reacţii nevrotice sînt raritatea cu care primesc scrisori din patrie, în special de la părinţi, imposibilitatea de a face vizite regulate în patrie — din considerente politice sau pecuniare —, eşecuri şcolare sau conflicte pe teme erotice. Mulţi dintre ei prezintă dificultăţi de adaptare ale noului venit şi sindroame de suprasolicitare la a căror instalare contribuie în proporţii diferite pregătire de bază insuficientă şi dificultăţile de limbă.

Abordînd problema diagnosticului diferenţial cu bolile somatice, subliniem de la început faptul că la student, tînăr ce păstrează încă o labilitate neuro-endocrino-vegetativă juvenilă, întreţinută şi de specificul stilului şi condiţiilor sale de muncă şi de viaţă, de multe ori manifestările de debut al unor îmbolnăviri organice pot fi extrem de înşelătoare. Coeficientul ridicat de psihogenie al oricărei perturbări a confortului său fizic induce frecvent suprapunerea unor simptome nevrotice, datorită subminării randamentului său intelectual, ceea ce înlesneşte erori de diagnostic ce se pot răsfrînge asupra evoluţiei afecţiunii, direct sau prin potenţialul iatrogen de care dispun.

Astfel, disfuncţiile neurocirculatorii se pot confunda cu boala hipertensivă, cu tahicardia paroxistică, cu feocromocitomul, tireotoxicoza sau cu hipocorticismul etc. În schimb, în sfera digestivă, tulburările funcţionale ale sistemului vegetativ pot mima apendicite, maladia ulceroasă, colecistopatiile, toxiinfecţiile alimentare etc. Demonstrativ este cazul unui student în vîrstă de 21 de ani, îndrumat cu diagnosticul prezumptiv de „astenie nervoasă" la cabinetul nostru, pentru un tablou clinic instalat brusc, cu trei zile în urmă, tablou dominat de oboseală, apatie şi adinamie impresionantă. De la prima vedere, tînărul trăda o stare de epuizare fizică, avea un facies cu o paliditate foarte accentuată şi nu se plîngea de nimic alceva decît de oboseală. Anamneza a scos la iveală faptul că de trei zile avea melene repetate despre care nu amintise nimic medicului, considerînd că aspectul scaunelor s-ar datora unor factori din alimentaţie. Examenul clinic şi de laborator a confirmat diagnosticul de hemoragie digestivă „esenţială", la un pacient fără nici un antecedent digestiv.

Manifestările discrinice ce pot însoţi nevroza sînt greu de diferenţiat de „constituţia" discrinică şi mai ales de bolile endocrinologice incipiente. Cele mai frecvente erori de diagnostic întîlnite au fost cele dintre hiperfoliculinemia relativă şi hipertiroidie, dintre tulburările psihogene ale dinamicii sexuale şi hipogonadism.

Dintre afecţiunile neurologice, epilepsia poate fi confundată cu nevroza isterică (112), obsesivă sau atipică (99) şi chiar cu un sindrom de suprasolicitare sau cu o reacţie nevrotică. Lipotimiile, cu etiologie extrem de variată, avînd frecvent ca mecanism hipoglicemia alimentară, stări prelipotimice de natură anxioasă, ca manifestare a agorafobiei, „leşinurile" isterice, ameţelile, unele forme ale fenomenului de „jamais" sau „déjà vu" etc., prezent în multe dintre formele nevrozei, pot constitui dificultăţi de stabilire a naturii lor. În caz de suspiciune, examenul EEG nefiind totdeauna concludent, investigarea eventualelor evenimente patogene perinatale şi din primii doi ani de viaţă poate aduce date utile diagnosticului. În acest scop utilizăm un chestionar la care este invitată să răspundă mama pacientului. Subliniem utilitatea acestei investigaţii în special la tînărul prim născut, mai ales dintr-o femeie ce depăşise vîrsta de 25 de ani şi avea o profesie sedentară, riscul distociilor în asemenea cazuri fiind ridicat.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi rară, leuconevraxita poate fi confundată la primul său puseu cu nevroza isterică, aşa cum s-a întîmplat în cazul unei studente nevrotice la care în mod neaşteptat diplopia, dublată de semne neurologice clinice, a reorientat diagnosticul iniţial. După remisiunea tulburărilor neurologice obţinută cu ajutorul corticoterapiei, au reapărut fenomenele nevrotice, confirmînd ca şi în alte două observaţii personale, alternanţa celor două tipuri de tulburări, menţionată şi de alţi autori (53).

Diverse nevralgii, parestezii sau deficite ale forţei musculare, acuzate de unii tineri, se dovedesc — încă din cursul dialogului cu pacientul — a fi de natură psihogenă, prin atipia modului lor de instalare, localizare, evoluţie şi caracterul simptomului respectiv, observaţie confirmată de examenul clinic. Aşa s-a întîmplat în cazul unei studente care era tratată de cinci ani pentru o presupusă nevralgie de trigemen, anamneza înlesnind, iar examenul clinic şi proba terapeutică confirmînd, diagnosticul de nevroză isterică.

În sfîrşit, cefaleea, simptom foarte frecvent la studenţi în perioadele de suprasolicitare, ridică cele mai complexe probleme de diagnostic etiologic, de la viciile de refracţie oculară necorectate (57; 58; 305; 361) şi pînă la meningite, migrenă, epilepsie şi tumori cerebrale. Experienţa ne-a dovedit că erorile de diagnostic în aceste cazuri pot fi evitate prin intermediul unei anamneze extrem de amănunţite şi printr-un examen clinic atent, explorările radiologice, EEG şi de laborator fiind rareori indispensabile stabilirii diagnosticului.

Tocmai datorită acestor particularităţi de manifestare clinică şi modalităţilor în care studentul îşi prezintă acuzele, se recomandă ca studentul bolnav să fie examinat şi tratat de medicii din reţeaua de asistenţă medicală proprie, familiarizaţi cu aceste aspecte.

Cu toată experienţa dobîndită de-a lungul anilor, riscul de eroare diagnostică şi-a spus cuvîntul şi în cauzistica noastră, unde am comis de trei ori mai des greşeala de a considera o maladie somatică drept nevroză — 33 de cazuri — decît greşeala inversă, de a considera drept boală somatică manifestarea unei nevroze — 11 cazuri.

Forme clinice

Pentru a scote în evidenţă polimorfismul dezadaptărilor nevrotice la student, adoptînd criteriul simptomatic, am folosit o clasificare exhaustivă a observaţiilor noastre, care cuprinde 7 forme simple şi 5 combinate.

Datele inserate în tabelul XX diferă de cele ale altor autori. Luînd ca exemplu forma simplă — neurastenică — a cărei pondere este evaluată de unii autori la 64,6% (350), de alţii la 80% (353), în statistica noastră nu depăşeşte 29,4%: în grupa nevroze constituite — 18,9%, în grupa sindrome de dezadaptările acute — 40%, iar în cadrul sindroamelor de suprasolicitare — 55,3%. Dacă adăugăm însă la forma simplă, formele anxioase şi depresive, pornind de la premisa că orice neurastenie înglobează anxietatea şi o notă distimică, ponderea formei simple a afecţiunilor nevrotice va creşte şi în lotul nostru la cca. 62%: în grupa nevroze constituite — 44,5%, în aceea a sindroamelor de dezadaptare acută — 79%, în grupa sindroamelor de suprasolicitare — 88,8%.

Am preferat separarea formei anxioase şi depresive în studiul nostru tocmai pentru a sublinia componenta anxioasă sau depresivă care se face adesea simţită în impasul adaptativ al studentului şi care are importante semnificaţii etiopatogenice şi terapeutice. Ast-

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XX

Repartiția procentuală a observațiilor în funcție de forma clinică a dezadaptării nevrotice

Forma clinică	*Total observații*	*Nevroze constituite*	*Reacții nevrotice*	*Sindroame de suprasolicitare*
Simplă (astenică)	29,4	18,9	19,3	55,3
Anxioasă	16,7	7,3	27,7	25,0
Depresivă	8,8	10,6	9,7	5,0
Isterică	6,1	6,7	9,3	2,5
Atipică	5,8	8,4	1,7	4,3
Obsesivă	2,1	2,7	2,7	0,8
Fobică	1,1	1,1	0,3	1,5
Total forme simple	*69,9*	*55,7*	*70,7*	*94,2*
Anxios-depresivă	6,9	7,7	9,3	3,5
Anxios-obsesivă	10,0	13,6	13,0	1,5
Obsesivo-fobică	5,8	9,9	3,0	0,8
Atipic-depresivă	0,9	1,0	2,0	—
Polimorfă	6,5	12,1	2,0	—
Total forme combinate	*30,1*	*44,3*	*29,3*	*5,8*

fel, aspectul paradoxal al proporției de numai 55,3% a formelor astenice pure în cadrul sindroamelor de suprasolicitare, sindroame concepute prin definiție ca expresie a surmenajului, dispare, dacă se ține seama de faptul că volumul muncii intelectuale, singur, nu este suficient pentru a transforma oboseala într-un surmenaj, factorul care determină depășirea granitei fiziologicului fiind caracterul „de alarmă" al muncii, indus de intensitatea tensiunii emoționale care domină efortul intelectual. La student, acest caracter de alarmă este imprimat activității sale de riscul de eșec și de criza de timp, de unde și scăderea capacității de concentrare a atenției, de elaborare a asociațiilor, de ecforare mnezică care în final favorizează distorsionarea percepției și confuzia (112; 126). Mai mult, așa cum subliniază Lief (126), anxietatea odată instalată, individul selectează din mediu cu precădere, iteme care-i pot justifica frica, de unde și scăderea vizibilă a performanțelor. Este exact situația studentului care în ajun de examen „reține" toate opiniile alarmante referitoare la exigențele profesorului, la dificultățile întrebărilor ce se pun la examen, la proporția ridicată a studenților nepromovați etc. Anxietatea prezentă ca simptom dominant la 24,2% dintre tinerii cu sindrom de suprasolicitare, este o anxietate reactivă, definită de Asociația psihiatrilor americani ca o anxietate difuză, de „așteptare". În schimb, proporția ridicată a reacțiilor nevrotice dominate de anxietate — 26,6% — s-ar putea explica prin efervescența cu care se manifestă la student două probleme majore, identificarea în profesie și în dragoste (Erikson, citat în 126), observîndu-se mai rar anxietatea hiperemotivului constituțional (253).

Dominanta depresivă prezentă în unele dezadaptări nevrotice la student nu atinge proporțiile semnalate la bolnavii de alte vîrste și profesii (353). Faptul că elanul vital și anxietatea tînărului pot masca chiar depresiunea endogenă (61; 198; 215; 216; 377), dovadă procentul ridicat al tinerilor printre indivizii cu comportament suicidar (150; 207; 217), este confirmat în cazul nostru de ponderea unor forme combinate din tabelul XX: forma depresiv-anxioasă (între 3,5% și 9,3%), forma depresiv-atipică (între 0,9% și 2%) și forma depresiv-isterică, inclusă în formele isterice. Așa cum am mai arătat un episod depresiv se poate instala și la studenții cu ten-

Scanned with OKEN Scanner

dinţe perfecţioniste, fenomen semnalat şi de alţi autori (385).

Referindu-ne la formele isterice ale dezadaptării nevrotice, trebuie să precizăm că datele noastre concordă cu cele ale unor autori (228), dar sînt cu mult inferioare datelor altora (350); explicaţia trebuie căutată în nota de imaturitate afectivă imprimată de însăşi desfăşurarea procesului de maturizare a acestei laturi a personalităţii studentului.

Acelaşi proces de maturizare, considerat ca o ultimă verigă în constituirea nevrozei obsesionale, poate amorsa şi manifestări fobice, ceea ce face oportună discutarea celor două forme împreună, aşa cum susţin şi şcolile româneşti de psihiatrie (48; 239; 343), cu atît mai mult, cu cît unii autori susţin că atît obsesiile cît şi fobiile ar avea o „istorie" (23; 24; 27; 126; 445), ceea ce se şi întîmplă de fapt în cazul fobiei de examene declanşată de repetate inhibiţii în examen soldate cu eşec (13; 19; 182; 413). Ponderea studenţilor nevrotici cu dominantă obsesivă şi/sau fobică se ridică în lotul nostru la 9%, proporţie identică cu cea stabilită de V. Predescu, Şt. Nica şi colab. (350). Dar dovada implicaţiilor procesului de maturizare a personalităţii în apariţia obsesiilor şi fobiilor la studenţi o constituie rezultatele sondajului efectuat, cu ajutorul unui chestionar, la 875 de studenţi *neselecţionaţi*, sondaj care a relevat prezenţa manevrelor compulsive la 59% dintre ei, a fobiei de examene la 7,5% şi a altor fobii diverse la 43%. Or, prezenţa unor simptome fobice la totalitatea bolnavilor psihici este evaluată la 3,5%, iar în populaţia adultă la numai 2,2% (239), ceea ce demonstrează implicaţiile suprapunerii acţiunii factorilor de risc ce decurg din specificul ocupaţional, procesului de maturizare a personalităţii studentului.

Un fapt de observaţie curentă este debutul psihasteniform al schizofreniei la studenţi, cu rezerva ce trebuie păstrată asupra evoluţiei acestor cazuri după absolvirea facultăţii şi integrarea în profesie, în unele dintre cazuri putînd fi vorba de intervenţia fenomenului de „derapaj" cu evoluţie spre o psihoză din categoria „borderline states", mult mai greu de diferenţiat la tineri (239).

Formele atipice, deşi mai rare în lotul cercetat de noi decît în lotul studenţilor francezi studiaţi de Launey şi colab. (13), reclamă o atenţie deosebită, deoarece poate ascunde debutul unei psihoze schizofrenice, alteori neavînd altă semnificaţie decît aceea a unor dificultăţi exogene de adaptare, a unor trăsături „accentuate" ale personalităţii (Leonhard) sau a unor manifestări ale crizei de maturizare.

Atenţia specială acordată dominantei tabloului clinic al in- sau dezadaptărilor nevrotice şi infranevrotice la student este justificată de sarcina neuropsihiatrului studenţilor de a sprijini corecta direcţionare a inserţiei tînărului în viaţă şi în profesie, acţiune „de ultim moment", dat fiind că, odată cu absolvirea studiilor universitare, trăsăturile personalităţii sînt definitiv fixate, făcînd inoperantă orice încercare de corectare.

Tratament

General şi particular în terapia dezadaptărilor nevrotice la student

Abordarea clinică şi terapeutică a bolnavului nevrotic, ca dealtfel a oricărui alt bolnav, trebuie să vizeze totalitatea sa biologică, psihologică şi socială (48; 258), pentru că reciprocitatea influenţei dintre somatic şi psihic (68; 115; 195; 267; 342; 382, 398) este implicată atît în pregătirea terenului favorabil apariţiei răspunsului dezadap-

Scanned with OKEN Scanner

tat, cît şi în instalarea dezvoltării nevrotice (289) sau în „organicizarea" tulburărilor funcţionale amorsate de nevroză (130).

Această „... alunecare continuă, trăită intens, cu o largă angajare de conştiinţă şi o marcată teamă de viitor..." (310), care este nevroza (boală cu determinism necunoscut, dar cu manifestări cunoscute), reclamă „replasarea nevroticului în existenţă şi reciprocitate în cadrul concret al existenţei..." (310) cu ajutorul unui „team" de specialişti (459) şi al persoanelor din anturajul pacientului (70; 459). Terapeutului i se cere în primul rînd să-i ajute pacientului să stabilească corelaţia în timp şi pe cea cauzală dintre factorul stressant şi impasul său nevrotic (460) şi în al doilea rînd să încerce să-l „împace" pe pacient cu propria-i situaţie (162; 228; 243; 270; 342), ştiut fiind că restructurarea personalităţii, a terenului pe care s-a instalat nevroza, nu este posibilă (112; 243; 385). Dar chiar dacă nu ne referim la psihanaliză, care reclamă doi-trei ani, nici nu se poate spera într-o vindecare rapidă cu ajutorul unei „hura"-terapii (464), mai ales dacă se ţine seama şi de faptul că vindecarea sau ameliorarea subiectivă se instalează totdeauna mai tîrziu decît vindecarea clinică (450).

La student, aparenta banalitate a majorităţii in- şi dezadaptărilor nevrotice este contracarată de semnificaţiile vîrstei sale biologice, psihologice şi sociale. Pe plan biologic labilitatea neuro-endocrino-vegetativă reprezintă un teren pe care se pot instala cu uşurinţă afecţiuni psihosomatice; pe plan psihologic, procesul de definire afectivă şi psihosocială induce în psihismul său un caracter de vulnerabilitate, cu atît mai mult, cu cît studentul este antrenat să analizeze şi să tragă concluzii pe marginea fiecărui fenomen; pe plan social este în curs de instruire profesională şi traversează o etapă importantă de confruntare a imaginii sale despre lume, formată în adolescenţă, cu realitatea lumii însăşi, atît statutul profesional „în devenire", cît şi cel social „în suspensie" ciocnindu-se de nerăbdarea realizării sale pe plan profesional şi al dobîndirii totalei autonomii sociale. Corecta sa inserţie în viaţă şi profesie, deci perspectiva viitorului său, depinde în bună măsură de nivelul şi calitatea acumulărilor pe care le realizează de-a lungul celor cîţiva ani de studenţie. Implicaţiile intervenţiei unui impas nevrotic la studenţi (188; 193; 281; 309) impun:

— considerarea afecţiunii în raport cu contextul problemelor, nevoilor, progreselor şi rezultatele muncii lor (309), ştiut fiind că orice perturbare a psihismului lor se reflectă şi în economia învăţăturii;

— adoptarea unei atitudini terapeutice prevalent preventive şi psihoprofilactice (13), datorită faptului că, deşi se manifestă numai în momentele de criză, dificultăţile şi performanţele slabe la învăţătură afectează şi pregătirea profesională, dar şi inserţia lor în viaţă (Lindig, 469);

— adoptarea principiului complexităţii şi individualizării terapiei în spiritul acordării unui sprijin complex medical, pentru a se evita confuziile. rapeutic, între domeniul medicului şi al pedagogului neexistînd o barieră etanşă (G. Villey, citat în 395), iar analizarea situaţiei nevroticului conferindu-i psihiatrului şi atributul de sociolog (311); pe de altă parte individualizat, pentru că nevroticul se cere intuit şi simpatizat, abordat în plenitudinea sa definită de o articulare mobilă între gîndire, sentimente şi acţiuni, proprie lui (311).

Pentru îndeplinirea acestor deziderate, condiţia fundamentală este cunoaşterea particularităţilor acestei categorii de tineri şi a obişnuitelor modalităţi de reacţie, termen de referinţă indispensabil pentru evaluarea semnificaţiei impasului adaptativ şi alegerii conduitei terapeutice adecvate.

Scanned with OKEN Scanner

Dar cunoaşterii aspectelor generale trebuie să îi urmeze cunoaşterea particularului, a pacientului care ne solicită, condiţionată de climatul în care se va desfăşura dialogul medic-pacient (35; 139; 159; 161; 164; 173; 185; 238; 243; 258; 295; 329; 342; 395; 413; 445). Adoptînd o atitudine de înţelegere şi de încredere în pacient, care nu implică renunţarea la observaţia critică (456), creînd o atmosferă de autenticitate, străduindu-se să-şi însuşească modalitatea considerării lumii şi a persoanei proprii (Rogers, citat de 395), a limbajului propriu studentului (116), medicul va obţine cooperarea pacientului său. Această cooperare este indispensabilă cunoaşterii structurii personalităţii, experienţei sale somatice şi psihice, corelării manifestărilor impasului cu situaţia sa familială, social-economică şi şcolară, în final a cauzelor dezadaptării sale. Dar, adoptarea sistemului de gîndire şi de dominare a lumii propriu pacientului înseamnă concomitent a descoperi „fereastra" spre problematica sa (Sperling şi Friedrich, în 469), a facilita comprehensiunea reciprocă, indispensabilă oricărui dialog (M. Navratil, citat de 395), înlesnind acea relaţie cu caracter emoţional pozitiv care devine o forţă activă în relaţia medic-pacient. În sfîrşit, completarea datelor necesare unei bune cunoaşteri a pacientului se realizează şi în timpul examenului clinic, pe de o parte prin datele referitoare la starea sănătăţii sale somatice, iar pe de altă parte prin intermediul expresiei motorii a actului comandat, care permite deducţii asupra personalităţii. Spre exemplu, comportarea pacientului în timpul efectuării probei braţelor întinse, gradul de relaxare musculară în timpul examinării reflexelor osteo-tendinoase, mimica ce însoţeşte mişcările globilor oculari în explorarea motilităţii oculare, latenţa ce survine între ordin şi executarea actului, atitudinile adoptate faţă de diversele manevre necesare examenului clinic şi în special celui neurologic. Totodată examenul clinic şi dialogul au efecte terapeutice prin interesul arătat suferinţei pacientului (268).

Conştientizarea corelaţiei temporo-situaţionale dintre tulburările nevrotice şi factorii implicaţi în apariţia lor este investită cu calităţi psihoterapeutice (13; 112; 223; 228; 326; 335; 382; 398).

Odată realizat acest prim pas, se cere avută în vedere starea şi situaţia actuală a pacientului, abordată prin prisma perspectivei viitorului acestui tînăr care de-abia după absolvirea facultăţii porneşte pe drumul lung al vieţii ca adult matur, conştient şi stăpîn pe propriul său destin. Numai astfel este posibilă o abordare terapeutică adecvată, întrucît nu trebuie uitat faptul, subliniat de T. şi C. Vlad (450), că însuşi actul îngrijirii medicale poate determina o angajare în atitudini ipohondrice a pacientului, fenomen la care studentul este extrem de sensibil.

În orice caz, indiferent de natura şi de gravitatea impasului adaptativ, în cazul studentului trebuie ca terapeutul să acţioneze ca medic, ca educator şi ca pedagog, ca psiholog şi ca sociolog. O simplă discuţie psihoterapeutică — una dintre formele psihoterapiei „parva" (463) —, asociată cu trecerea în revistă a situaţiei şi problemelor şcolare, familiale şi personale, discuţie saturată cu sugestii din domeniul igienei şi al psihoigienei, o explicare a cauzei şi genezei tulburărilor, eventual un adaos chimioterapeutic vizînd simptomele cele mai importante, care ar putea constitui un factor de întreţinere a impasului, sînt de multe ori suficiente pentru soluţionarea unui impas de intensitate infranevrotică. Dar, indiferent de intensitatea tulburărilor, la sfîrşitul consultaţiei este recomandabil să i se atragă atenţia că poate să apeleze oricînd la un nou consult, iar dacă diagnosticul iniţial nu este clar şi evoluţia greu previzibilă, rechemarea sa la control este obligatorie. Adop-

Scanned with OKEN Scanner

tarea unei astfel de atitudini echivalează şi cu evitarea iatrogeniei printr-un diagnostic inexact sau prin polipragmazie (161; 295; 445).

Psihoterapia

Esenţă însăşi a psihiatriei, raţiunea sa de a fi „... este într-adevăr actul prin care spiritul vine în ajutorul spiritului, într-o întîlnire salutară de comprehensiune şi restaurare" (H. Ey, citat în 395), „comunicare constructiv-proiectivă între conştiinţe" (E. Pamfil şi Ogodescu, 311). Psihoterapia, care nu se limitează la simpla compătimire a bolnavului (J. Schultz, citat de 460), utilizează tehnici şi mijloace numeroase, de unde şi numeroasele forme cunoscute pînă astăzi, la care se adaugă continuu altele, adaptate timpurilor şi mentalităţilor în permanentă transformare. Psihoterapia care cuprinde, aşa cum scria Ivanov (citat de 342), orice modalitate de influenţare a psihismului, care ţine seama de particularităţile morbide ale pacientului şi de forma afecţiunii sale, mai ales cea de „bun simţ", care vizează risipirea anxietăţii (43), trebuie să preceadă, să însoţească şi să urmeze tratamentului oricărei afecţiuni (68), propunîndu-şi să-l ajute pe pacient să-şi înţeleagă situaţia, să se adapteze ei (197) prin mobilizarea forţelor de care nu era conştient că dispune (Adler, Alexander) şi să redobîndească sensul vieţii (Jung).

Educaţia fiind direct implicată în totalitatea relaţiilor omului cu lumea (395), cu excepţia sugestiei, se poate afirma că formele „raţionale" de psihoterapie se încadrează într-o terapie educaţională, pentru că ele vizează un scop bine determinat, logica medicală însăşi, asemenea celei pedagogice, fiind o logică a scopului. În consecinţă, cuvîntul, investit cu funcţiile de comunicare, cognitivă, de reglare — în sensul organizării, sistematizării şi integrării diferitelor procese psihice — expresivă, persuasivă, de comprehensiune simpatetică, de construcţie şi de creaţie (A. Sen, 393), reprezintă un instrument de bază al psihoterapiei care se consideră a fi medicina omului integral. Aşa cum subliniau Sperling şi Friedrich (469), ţinînd seama de faptul că pacientul este mai receptiv pentru confirmări şi completări decît pentru sfaturi, cuvîntul trebuie folosit mai ales pentru sprijinirea iniţiativelor pacientului. Dar, forţa terapeutică a cuvîntului este influenţată şi de factorul terapeut, de stilul şi modul în care utilizează verbul ca mesaj şi de felul în care reuşeşte să dea primei întîlniri a pacientului cu persoana lui, caracterul unui eveniment.

În ceea ce priveşte psihoterapia nondirectivă, psihoterapia clasică — medicul în oglindă — reclamînd terapeutului calităţi şi o bogată experienţă (Abraham, citat de 345) şi timp, atît cît nici terapeutul şi nici majoritatea pacienţilor nu pot avea la dispoziţie, a fost revizuită (112) şi, fără a fi părăsită, aplicarea ei a fost mult restrînsă (162; 384; 469). La studenţii din Centrul universitar Bucureşti, E. Papadima (315; 316) o practică la nevrotici bine selecţionaţi şi obţine 80% ameliorări sau vindecări şi 20% eşecuri, o mare parte dintre pacienţi fiind supuşi terapiei analitice după ce urmaseră o chimioterapie prelungită şi fără rezultate.

În schimb, de la psihoterapia „de bun simţ" şi pînă la terapia educaţională, de la educarea frînelor (Makarenko), la psihodrama Moreno şi pînă la „ortopedia psihică cu bază fiziologică stabilită raţional" (J. H. Schultz), toate metodele psihoterapeutice îşi găsesc aplicarea în nevroze (43; 68; 112; 168; 215; 239; 257; 295; 303; 342; 382; 459; 469).

În condiţiile specifice medicului din ambulatorul spitalului pentru studenţi, este lesne de înţeles de ce numeroasele forme de psihoterapie care şi-au dovedit deja eficienţa — terapia comportamentală, psihoterapia de grup (20;

Scanned with OKEN Scanner

49, 345; 395; 469), autorelaxarea Schultz, mijloc perfect de detensionare psihică prin eliminarea aferenţelor kinestezice (82; 122; 308; 336) — nu-şi au aplicabilitatea, ele fiind numai la îndemîna psihologului. Şi totuşi neuropsihiatrul studenţilor este obligat să răspundă celor trei obiective majore ale activităţii sale — curativo-profilactică, psihoterapeutică şi educativă, — cu atît mai mult, cu cît el este cel mai bun cunoscător al studentului şi al specificului său ocupaţional şi, pe de altă parte, datorită faptului că in- şi dezadaptările nevrotice şi infranevrotice reprezintă peste 80% din problematica mintală a studenţilor, impasuri adaptative în care sfatul („counseilling"), îndrumarea („guidance"), sprijinirea („supportive therapy") sînt de neînlocuit. Acest medic are la îndemînă în primul rînd psihoterapia scurtă (414; 469) axată pe probleme personale, sociale sau şcolare ce apar în anumite circumstanţe — în sesiunile de examene spre exemplu — în majoritatea lor de intensitate infranevrotică, această psihoterapie în „flash" centrată pe o singură problemă (Balint, citat de 396) dîndu-i posibilitatea să şi-o rezolve mai uşor (A. Ryle, 168). În cazurile de nevroză mai gravă, se poate miza pe discuţia psihoterapeutică „client centred" care mediază, după părerea lui Bastine şi Tausch (469), modificări psihologice semnificative. Indiferent de forma psihoterapiei aplicate, trebuie avut în vedere că studentul nevrotic este un tînăr în curs de maturizare, la care Beucher (35) recomandă: încurajarea pacientului, folosirea „complicităţii de limbaj", metoda „luării înaintea" declaraţiilor pacientului, terapia de învăluire (Male), care constă din abordarea problemei de moment, evitînd dezvăluirea brutală a conflictului de fond.

În cadrul dialogului nostru cu studentul, paralel cu utilizarea raţionalizării situaţiei sau evenimentului care a condus la instalarea impasului, raţionalizare care să satisfacă logica sa, îndeplinind rolul de demers anxiolitic (P. Marchais) se utilizează sfatul şi îndrumarea. Sfatul vizează să-l înveţe pe pacient să reziste situaţiei stressante, iar îndrumarea îl ajută să găsească o modalitate de reacţie adecvată şi să înţeleagă cerinţele şi „semnele" timpului (125), ceea ce echivalează cu adaptarea şi armonizarea sa cu lumea reală (49), cu frînarea unor tendinţe de depersonalizare potenţială datorită caracterului psihostressant al contemporaneităţii (P. Sivadon), restructurarea încrederii în sine şi redobîndirea energiei necesară în confruntările sale cu dificultăţile. Demersul educativ terapeutic apare în mod evident în acest mod de abordare a studentului, de vreme ce se urmăreşte un scop precis şi se utilizează dialectica şi demonstraţia logică, modalitate persuasivă a psihologiei.

Noi aplicăm psihoterapia sub forma ei cea mai simplă, a sfatului, chiar şi în sindroamele de suprasolicitare, ştiut fiind potenţialul său de influenţare pozitivă a procesului de maturizare, prin aportul operativ asupra orientării caracterului (25). Accelerînd ieşirea din impas, riscul recidivelor în momentul unor confruntări identice scade semnificativ (Ross, citat de 162). Or, o sensibilizare de acest fel este facilitată de însăşi ciclicitatea sesiunilor de examene. Mai mult, supraîncărcarea permanentă cu sarcini a studentului, cu intenţia unei cît mai bune pregătiri pentru viaţă şi profesie, poate transforma suprasolicitarea într-o neurastenie cu evoluţie prelungită prin creşterea progresivă a decalajului dintre solicitare şi capacitatea de realizare, de unde şi indicaţia majoră a intervenţiei psihoterapeutice, adecvată situaţiei şi tipului de personalitate, chiar şi în formele infranevrotice ale dezadaptării. Din experienţa personală rezultă că acest tip de discuţie psihoterapeutică este eficientă în special în formele simple, anxioase şi depresive ale dezadaptărilor, rezultatele fiind inconstante în cele atipice sau

Scanned with OKEN Scanner

obsesive şi tranzitorii în cele isterice şi fobice. Structura personalităţii, mediul psihofamilial şi cel psihouniversitar, precum şi stadiul evolutiv al nevrozei ni s-au părut a fi factorii cei mai importanţi care influenţează eficienţa psihoterapiei. În acest sens subliniem utilitatea contactului medicului cu reprezentanţii autorităţii parentale şi ai celei instituţionale, contacte care deşi nu totdeauna reuşesc să lichideze conflictele, reprezintă un sprijin pentru tînăr care, eliberat de sentimentul de însingurare, cîştigă încrederea necesară în capacitatea sa de a se confrunta cu dificultăţile.

Mai puţin sensibile se dovedesc a fi nevrozele constituite, în special la studenţii mai vîrstnici, formele elementare ale psihoterapiei reuşind cel mult să rezolve o decompensare şi aceasta numai dacă sînt dublate de alte forme de sprijinire a pacientului. Dintre aceste forme, menţionăm ceea ce Fürstenau (469) numeşte terapia mediului în sens lărgit, adică înlesnirea transferului de la o facultate la alta, amînarea susţinerii unui examen, un concediu medical sau o reducere de frecvenţă. Toate acestea cresc concomitent şi influenţa psihoterapeutică a medicului, iar pacientului îi dau răgazul să iasă din criza de timp şi să-şi clarifice frămîntările. Adăugarea unei chimioterapii simptomatice şi psihotrope suprimă retroacţiunea disfuncţiilor somatice şi creşte receptivitatea tînărului la psihoterapie.

M. Lăzărescu (239) precizează că la anancaşti, psihagogia şi metoda persuasivă trebuie conduse cu abilitate, ţinînd seama de spiritul lor de independenţă şi de opoziţie, impunîndu-se ca soluţiile să-i fie numai sugerate, iar orgoliul, conştientizat. În schimb, sugestibilitatea psihastenicului şi a nevroticului anxios trebuie exploatată, aceşti bolnavi trebuie conduşi cu energie şi, aşa cum subliniază şi Leonhard, e necesar să li se umple timpul liber.

În cazurile de diskinezie profesională am aplicat cu succes terapia analitică activă Steckel, în forma propusă de Leonhard şi colab. (243), metodă bazată pe procesul de învăţare, care favorizează reeducarea progresivă a actului motor.

La psihopaţi am aplicat tot o formă de psihoterapie scurtă, adesea dublată de chimioterapia adecvată în momentele de decompensare.

Un fapt de observaţie demn de relevat este utilitatea unei psihoterapii de tip „support" în fazele incipiente ale psihozei discordante, în perioadele de remisiune sau în stările postprocesuale, paralel cu chimioterapia, psihoterapie ce vizează îmbunătăţirea contactelor intersubiective, focalizarea atenţiei bolnavilor asupra problemelor lor şcolare şi creşterea rezistenţei lor la *stress*.

În schimb, la depresivi şi în special la cei cu risc suicidar, discuţia psihoterapeutică trebuie purtată cu foarte mare prudenţă şi, chiar dacă aparenţele sugerează renunţarea la chimioterapie, nu trebuie renunţat la medicaţie, iar pacientul trebuie rechemat frecvent la control pentru a-i urmări evoluţia. Atitudinea menţionată se aplică şi în cazurile depresiunii nevrotice, mai ales la tinerii cu o vădită întîrziere a maturizării.

Tulburările de dinamică sexuală, destul de frecvent întîlnite la studentul de sex masculin, reprezintă cauza sau efectul afecţiunilor nevrotice (189; 190; 314), una dintre cauzele principale ale acestei situaţii fiind educaţia sexuală a tinerilor „... care a fost întotdeauna delicată şi supusă interpretărilor greşite şi fariseismului" (307). Chiar şi pentru tînărul contemporan sexualitatea a rămas un tabu emoţional şi cultural (Offer, 168). O altă cauză ar fi, după C. Bloch (469), extinderea dependenţei psihice de părinţi în perioada postadolescenţei, iar după Schwarz şi Ziolko (469), ecloziunea conflictelor sexuale nevrotice s-ar datora insuficientei consolidări a Eului. Important este că astfel de probleme

Scanned with OKEN Scanner

conduc la depresiuni cu risc suicidar, la preocupări obsesive care compromit capacitatea de concentrare a tînărului la învăţătură şi în consecinţă la eşecuri şcolare.

Dacă autori ca Eaton (104) susţin ineficienţa psihoterapiei în tulburările de dinamică sexuală, Leonhard şi colab. (243) pledează pentru aplicarea principiului Steckel, sub forma unei abstinenţe autoimpuse de pacient, dar cu permisiunea intimităţilor, o perioadă limitată de timp, autorii subliniind faptul că este mai uşor pentru pacient să admită o interdicţie decît incapacitatea satisfacerii unei trebuinţe. Experienţa personală (189; 190) pledează în favoarea existenţei unei interacţiuni între labilitatea psihosomatică, statutul social şi profesional al studentului şi lipsa sa de informare în materie de sexologie, rezultatul fiind facilitarea unor reacţii psihogene de intensitate infranevrotică, reacţii ce trebuie diferenţiate de tulburările de dinamică sexuală instalate pe fondul unei nevroze vera, al unei psihopatii sau al unei psihoze incipiente. Principiul de bază al conduitei noastre terapeutice se aplică în oricare dintre variantele menţionate, sprijinindu-se pe ideea conform căreia *corecta informare a tînărului asupra problematicii comportamentului sexual uman normal contribuie la deculpabilizarea activităţii sale în direcţia consumării acestei trebuinţe*, de unde şi atributele psihoterapeutice ale acestei informări. Principiul de bază menţionat s-ar putea enunţa astfel: *îmbinarea discuţiei psihoterapeutice cu informarea tînărului asupra comportamentului sexual uman normal, saturarea dialogului medic-pacient cu recomandări de igienă şi de psihoigienă adaptate particularităţilor personalităţii şi situaţiei pacientului şi evitarea chimioterapiei, iar cînd aceasta se impune totuşi, se apelează în primul rînd la sedativele vegetative.* Al doilea principiu constă din *necesitatea individualizării şi adaptării conduitei terapeutice la fiecare caz în parte.* În sfîrşit, al treilea principiu se sprijină pe axioma „actul medical începe din momentul în care pacientul a păşit peste pragul cabinetului şi se termină numai după ce acesta a părăsit cabinetul. *„Pe toată durata actului medical,* astfel conceput, *există o situaţie de reciprocitate în cadrul căreia pacientul stabileşte şi el un diagnostic complex medicului, diagnostic de care depinde în mare măsură eficienţa actului medical.*

În spiritul principiilor enunţate, primul obiectiv este acela de a crea un climat favorabil demersului terapeutic, iniţiindu-se o *discuţie dirijată* ce vizează culegerea *activă* a datelor anamnestice, realizîndu-se astfel nu numai o bună informare asupra istoriei şi personalităţii pacientului, ci şi o destrămare a „speech"-ului dinainte pregătit de pacient despre tulburările sale. În cadrul acestei discuţii este abordată o gamă largă de probleme, altele decît cele sexuale, conform unei tactici de învăluire. Numai după aceea i se dă cuvîntul pentru a-şi expune acuzele, atrăgîndu-i atenţia asupra nonsensului reţinerilor, dat fiind că problemele legate de comportamentul sexual fac parte integrantă din aspectele firesti ale existenţei; totodată tînărul este invitat să utilizeze limbajul comun, nemedical, pentru a se evita confuziile. Adoptînd complicitatea de limbaj, medicul va realiza de la început premisele unei corecte informări reciproce şi diminuarea reţinerilor pacientului, iar dialogul se va desfăşura „de la egal la egal", ceea ce înseamnă că s-a ajuns într-o situaţie psihoterapeutică şi că penetrabilitatea informaţiilor privind comportamentul sexual uman normal este suficientă pentru a-i submina falsele convingeri. Dovedind comprehensiune, răbdare şi tact, examinatorul *va dirija* abil şi discret dialogul de o manieră care să satisfacă următoarele deziderate principale:

— să surprindă convingerile şi temerile neîntemeiate, substratul lor ade-

Scanned with OKEN Scanner

vărat şi semnificaţia pe care le-o acordă pacientul, pentru ca punîndu-le imediat în discuţie, să-i faciliteze acestuia *înţelegerea logică* a nonsensului lor;

— să intuiască unele detalii ale împrejurărilor care au favorizat eşecul sexual, atitudinile greşite sau temerile care l-au inhibat sau i-au creat preocupări anxioase, *devansîndu-i* relatările; constatînd că medicul îi cunoaşte în amănunţime disfuncţiile şi temerile, el va fi eliberat de o mare parte din anxietate;

— să înlesnească pacientului o ordonare strictă în timp a evenimentelor şi fenomenelor deficitare pentru ca acesta să poată stabili adevăratele corelaţii cauzale;

— să sprijine deculpabilizarea tînărului pentru activitatea sa anterioară de masturbaţie (44) şi eliberarea sa de un eventual complex al penisului mic;

— să-l informeze corect asupra rolului hotărîtor al componentei psihoafective a comportamentului sexual uman, asupra lipsei vreunui risc al abstinenţei liber consimţite sau impusă de împrejurări, dar şi asupra absurdităţii adoptării unui tabu în ceea ce priveşte activitatea libidinală.

Este hotărîtoare siguranţa cu care medicul reuşeşte să-i năruie falsele convingeri încă din cursul acestui dialog, precum şi înscrierea în sistemul de gîndire propriu pacientului pentru ca el *să poată asimila noţiunile prin acceptarea lor conform logicii sale.* Pentru a realiza acest deziderat trebuie evitat ca dialogul să dobîndească un caracter de lecţie, adevărul trebuind să rezulte din explicarea greşelilor de interpretare a unor fenomene sau a conţinutului unor noţiuni de fiziologie ori de patologie sexuală. La „începători" este utilă şi prevenirea lor asupra unor greşeli de „tehnică" în desfăşurarea actului sexual.

În momentul în care medicul trece la examenul clinic, pacientul trebuie să se fi convins deja în mare măsură de lipsa de substrat a temerilor sale, de caracterul banal al dificultăţilor sau tulburărilor sale. Examinarea clinică vizează sistemul autonom, sistemul nervos şi aparatul genital, concluziile fiindu-i comunicate imediat şi de o manieră care să sprijine creşterea încrederii sale într-o dezvoltare şi funcţionalitate normală.

Consultaţia se încheie cu cîteva recomandări de igienă şi psihoigienă, subliniindu-se încă o dată corelaţia dintre starea sa de confort somatic şi psihic şi comportamentul sexual şi se subliniază nonsensul prescrierii unei chimioterapii şi în special a unui tratament cu androgeni. Înainte de a părăsi cabinetul îl vom informa că *nu este neapărat necesar să se prezinte la control,* dată fiind normalitatea sa, dar că *va fi oricînd bine primit* dacă tulburările vor reapărea sau dacă va intra în alertă din cauza unor noi temeri.

În încheierea discuţiilor despre psihoterapie trebuie să subliniem, în acord cu Viorica Stănculescu (421), dificultatea abordării psihoterapeutice a studenţilor străini datorită necunoaşterii limbii şi universului lor de gîndire. Cu toate acestea, ţinînd seama de faptul că dificultăţile obişnuite de adaptare la mediul şi exigenţa universitară sînt amplificate şi de acelea determinate de transferarea lor într-un mediu ecologic şi sociocultural nou, discuţia de îndrumare şi de susţinere este obligatorie pentru diminuarea sentimentului lor de înstrăinare. Aceste observaţii sînt cu atît mai pertinente cu cît ţara de baştină a tînărului este mai îndepărtată, cu cît numărul compatrioţilor aflaţi la studii în ţara noastră este mai mic şi cu cît perspectiva vizitelor în patria lor este mai îndepărtată.

Măsuri igienodietetice şi de psihoigienă

Latura caracterial-educativă a personalităţii fiind în mare măsură definită la sfîrşitul adolescenţei, studentul dispune deja de mentalităţi şi deprinderi puternic fixate în momentul abordării

Scanned with OKEN Scanner

studiilor universitare, care-i conferă un grad de refractarism la sfaturile de ordin general, ca acelea difuzate prin conferinţele de educaţie sanitară.

Pe de altă parte, presiunea exercitată de către noutatea problemelor cu care este confruntat, odată cu admiterea sa în facultate, asupra capacităţii sale de adaptare, îl fac să simtă nevoia unui sfătuitor apropiat. În situaţia sa, procesul de desatelizare îl depărtează de părinţi, iar creşterea distanţei dintre bancă şi catedră, de cadrele didactice, astfel încît nu-i rămîn decît două soluţii: izolarea sau consultarea colegilor săi, la fel de lipsiţi de experienţă ca şi el. Izolîndu-se, el cade pradă frămîntărilor şi sentimentelor de însingurare, iar cînd încearcă integrarea în grup întîmpină dificultăţi, eşecurile impunînd cu şi mai mare acuitate un sprijin. Dacă apelează la colegi, găseşte greu soluţii potrivite structurii sale, întrucît fiecare are mentalităţi proprii, iar subiectivismul imprimat de vîrstă, lipsa de experienţă şi de maturitate compromit calitatea sfatului. Mai mult, uneori — dînd curs unor sugestii ale colegilor — riscul de eşec adaptativ creşte şi mai mult.

Cînd intervine o îmbolnăvire, oricare ar fi aceea, dar mai ales cînd se instalează manifestările in- sau dezadaptării care-i ameninţă situaţia şcolară, este constrîns să apeleze la medic, de la care aşteaptă două răspunsuri vitale pentru el. Coeficientul de psihogenie al îmbolnăvirii impune un răspuns privind cauzele (255) şi mecanismele fiziopatologice ale tulburărilor, precum şi soluţiile posibile. Rezultă deci că intervenţia dezadaptării poate înfrînge remanenţele refractarismului juvenil, făcîndu-l pe student receptiv la sfaturi, pentru că în aceste împrejurări „sfatul" dobîndeşte semnificaţiile unei „soluţii". Iată de ce fiecare dialog medic-student, desfăşurat în intimitatea cabinetului de consultaţii, este un bun prilej pentru informarea şi educarea tînărului în problemele de sănătate şi boală, în problematica vieţii şi a activităţii sale profesionale. Studentul descoperă astfel „sfătuitorul" pe care-l căuta, iar medicul îşi asumă funcţia de confident şi de îndrumător, de mediator imparţial între student, părinţi şi educatori.

Dacă pentru orice bolnav „. . .zgîrcenia recomandărilor referitoare la modul igienic de viaţă compromite intervenţia terapeutică . . ." (465), în cazul studentului nevrotic, împreună cu psihoterapia, recomandările igienodietetice şi de psihoigienă nu numai că depăşesc în importanţă chimioterapia, dar reprezintă şi un mijloc eficient al demersului educaţional. Tocmai de aceea recomandările făcute studentului cu dificultăţi de adaptare trebuie să fie individualizate, ţinînd seama de pacient şi de situaţia sa. Factorul pacient trebuie considerat în funcţie de constituţia şi de sănătatea sa somatică, de structura şi de gradul de maturizare a personalităţii, de deprinderile, mentalităţile şi de nivelul său de cultură. Situaţia „prezentă" trebuie privită ca o rezultantă a interacţiunii mediului familial, universitar şi social. Acţiunea intricată a tuturor acestor factori cu acţiunea mediului ecologic este hotărîtoare pentru echilibrarea balanţei sănătate-boală, adaptare-inadaptare, ceea ce conferă sfaturilor de ordin general un caracter de lecţie plictisitoare, pe care a mai auzit-o de nenumărate ori acasă, la şcoală, la radio etc. Or, recomandările medicului trebuie să vizeze atenuarea potenţialului stressant al factorilor de risc ce acţionează în momentul şi în situaţia dată, dar *axată pe perspectiva viitorului său, pe înarmarea sa cu cunoştinţele şi deprinderile necesare creşterii adaptabilităţii.* Acest deziderat impune medicului să-i explice modalităţile în care încălcările normelor de igienă şi de psihoigienă contribuie la instalarea tulburărilor sale şi, concomitent, mecanismele de acţiune pozitivă a metodelor şi mijloacelor ce-i sînt recomandate, atît pentru lichidarea stării

Scanned with OKEN Scanner

anormale, cît şi pentru prevenirea reapariţiei lor. Se realizează astfel, concomitent cu dedramatizarea situaţiei sale prezente, şi cea mai eficientă formă de informare în probleme de sănătate (13; 228; 328).

Date fiind particularităţile stilului de viaţă şi de muncă ale studentului, în dialogul cu pacientul nu trebuie scăpate din vedere următoarele probleme:

— *somnul*, semnificaţia reflexului de oră şi a bioritmului nictemeral, rolul inductor sau inhibitor al factorilor ecologici şi psihologici, consecinţele penuriei somnului — în cazuri speciale, la nevroticii cu perturbări durabile ale somnului şi cu hiperestezie fonică, se poate recurge şi la recomandarea cazării lor într-un dormitor cu mai puţine paturi sau la transferul din mediul familial viciat în cămin, dar niciodată singur în cameră din cauza riscului desociabilizării;

— *alimentaţia*, importanţa ritmicităţii, riscul unor regimuri hipocalorice sau dietetice fără recomandare medicală, ale abuzului de cafea şi de fumat, simptomatologia hipoglicemiei de natură alimentară şi influenţa sa asupra activităţii creierului;

— *cultura fizică*, rolul unui program zilnic de 5—10 minute de cultură fizică, pe care, dată fiind graba sa matinală, este recomandabil să-l efectueze sistematic seara, cu o oră înainte de culcare; efectele pozitive ale muncii fizice, antrenamentului şi jocurilor sportive asupra stării de confort somatic şi asupra psihismului prin: evitarea monotoniei activităţii intelectuale exclusive, educarea voinţei şi caracterului, creşterea încrederii în forţele proprii şi a adaptabilităţii, în sfîrşit, consecinţele psihosomatice ale sevrajului activităţii fizice;

— *administrarea judicioasă a bugetului de timp;*

— *metodologia şi psihofiziologia procesului de învăţare;* rolul pozitiv al raţionalizării curbei de efort de-a lungul anului universitar şi al zilei, al motivaţiei, al participării active la lucrările de laborator şi din cadrul muncii de cercetare şi a celei productive, precum şi la seminarii asupra asimilării calitative a noţiunilor şi a formării gîndirii specifice profilului profesional, asupra capacităţii de utilizare curentă a limbajului de specialitate, precum şi riscurile la care se expun practicînd munca în asalt, folosind stimulente de tip cofeinic, pericolul motivaţiei excesive pentru nota maximă şi mai ales informarea pacientului asupra creşterii riscului de eşec atunci cînd studiul individual nu este animat de trebuinţa sa de cunoaştere, ci de obligaţia de a promova examenele.

Medicul trebuie să se dovedească un bun psiholog şi pedagog, capabil să sugereze modalităţi concrete de îmbunătăţire a metodelor de studiu individual, de raţionalizare a bugetului timpului, de depăşire a emotivităţii exagerate dinaintea şi din timpul desfăşurării examenelor, modalităţi adaptate la structura şi la deprinderile deja fixate ale studentului. În cazul neconcordanţei dintre vocaţia tînărului şi profilul facultăţii frecventate, medicul trebuie să sprijine efortul de adaptare descoperind tangenţele dintre domeniul abordat şi cel al vocaţiei sale, nefiind totdeauna recomandabilă şi cu atît mai puţin posibilă o reorientare profesională.

A-l învăţa cum să se comporte în momente critice, scrie Lindig (469), echivalează cu un demers în direcţia consolidării Eului. Acest autor recomandă ca la începerea cursurilor sprijinul să constea în punerea de acord a pregătirii sale de bază cu inteligenţa de care dispune, a scopului studiilor cu scopul profesional şi cu ceea ce este apt să facă; la mijlocul studiilor, o simplă clarificare a situaţiei prin intermediul a una-două şedinţe de psihopedagogie poate soluţiona şi problemele sale şcolare şi pe cele umane, iar în perioada de examene se recomandă risipirea temerilor privitoare la nivelul necores-

Scanned with OKEN Scanner

punzător al acumulărilor, la o eventuală inhibiţie şi la o incapacitate de a corespunde aşteptărilor „cuiva" în examen.

Cînd există perturbări ale activităţii induse de evenimente, situaţii sau solicitări de natură extrauniversitară, acordîndu-i sprijin pentru găsirea unei soluţii *aplicabile*, dedramatizarea situaţiei şi creşterea sentimentului de securitate, tînărul constată că a descoperit în medic un adevărat „prieten", sfătuitor competent şi matur, perfect cunoscător al situaţiei sale reale.

Terapia medicamentoasă

În ultimele decenii, datorită dificultăţilor crescînde ale omului de a se adapta rapidelor transformări ale mediului ecologic şi socio-economic, se remarcă tendinţa utilizării medicamentului pe scară din ce în ce mai largă, în unele state, cum ar fi S.U.A., Japonia, R. F. Germania şi Franţa ajungîndu-se să se vorbească despre societatea contemporană ca despre o societate „consumatoare de medicamente" (153). Dacă este adevărat că prescripţia medicamentelor reprezintă pentru medic un cîştig de timp şi pentru pacient o satisfacţie, nu trebuie uitat că 30—40% dintre tulburările subiective ale bolnavilor se vindecă prin sugestie şi că o suită de cercetări moderne au demonstrat că recomandările medicilor nu sînt respectate de pacienţi, nici chiar în spital, fenomen cu atît mai pronunţat în tratamentul ambulator. Riscurile nerespectării indicaţiilor referitoare la administrarea chimioterapiei cresc direct proporţional cu numărul substanţelor prescrise, adolescenţii figurînd printre cei mai recalcitranţi dintre pacienţi (251).

În ceea ce priveşte psihotropele, studiile efectuate de H. Rickels şi R. Downing (108) identifică existenţa a patru categorii de factori nespecifici care influenţează eficienţa lor terapeutică: factori ce ţin de medic, factori ce ţin de pacient, alţii care depind de mediul terapeutic şi factori pendinte de mediul familial şi de locul de muncă. Studiile autorilor citaţi subliniază influenţa pe care o exercită personalitatea şi comportamentul medicului, durata legăturii medic-pacient, concordanţa dintre climatul terapeutic şi aşteptările bolnavului, convingerea pacientului asupra naturii emoţionale şi curabilităţii tulburărilor sale, informaţiile pe care le deţine asupra efectului scontat al medicamentului, asupra eficacităţii chimioterapiei şi asupra efectului *placebo*. În legătură cu efectul *placebo*, P. Brânzei (48) scria că sugestia, „denumită mai pretenţios *placebo*", face posibilă înţelegerea discreditării unor remedii prin «uzură morală», precum şi eficienţa medicamentului «greu de procurat».

Ţinînd seama de particularităţile somatopsihice ale studentului, la prescrierea tratamentului ambulator al dificultăţilor sale nevrotice sau infranevrotice este recomandabil să fie respectate următoarele principii:

— chimioterapia trebuie concepută numai ca o completare a psihoterapiei şi a recomandărilor igienodietetice şi de psihoigienă, limitîndu-se la perioade scurte pentru a nu da naştere la „pastilomanie" (419) şi la efecte iatrogene;

— chimioterapia se impune în stările psihotice şi psihopatii sau nevroze constituite decompensate, dar nu-şi are rostul în nevrozele incipiente sau în sindroamele de dezadaptare acută infranevrotice, ci numai în stările de „urgenţă", adică atunci cînd tulburările ameninţă eficienţa activităţii studentului — mai ales în sesiunile de examene — sau cînd se instalează reactiv, pe un teren labil, atingînd un nivel alarmant; se va evita chimioterapia în vacanţe, cînd există condiţii favorabile suprimării tulburărilor prin odihnă activă şi prin folosirea factorilor naturali;

— chimioterapia trebuie să vizeze nu numai simptomele psihice, ci şi pe cele somatice, pentru a întrerupe *feed back*-

Scanned with OKEN Scanner

ul somatopsihic, fără însă a se ajunge la polipragmazie şi fără a se apela la tonice şi vitamine, decît cînd există indicaţii precise;

— nu este indicată prescrierea medicamentelor solicitate de pacient, dar trebuie evitate cele pentru care manifestă o repulsie evidentă — excepţie face administrarea psiholepticelor incisive la psihotici;

— este preferabilă folosirea medicamentelor care şi-au făcut proba timpului, celor „en vogue" (290; 457), reducerea numărului substanţelor prescrise prin exploatarea sinergiilor medicamentoase, utilizarea recepturii, care are efect *placebo* superior remediilor tipizate, precum şi calea de administrare orală, celei parenterale;

— la stabilirea dozelor şi a momentului din zi cînd vor fi administrate, se va ţine seama de *specificul ocupaţional al studentului* — solicitare intelectuală şi emoţională intensă, cu perioade de vîrf, risc de eşec şi penurie de timp — *condiţiile obiective de viaţă, odihnă şi alimentaţie, particularităţi somatopsihice individuale* (342) şi frecventa sa labilitate vegetativă, factori ce impun tatonarea sensibilităţii personale la acţiunea medicamentelor, iar cînd este necesară, prescrierea psihotropelor, dozele vor fi în general inferioare celor uzuale în terapia adultului, pentru a se evita efectele secundare şi în special scăderea vigilenţei şi a eficienţei procesului de învăţare;

— indicarea cu precizie a dozelor şi a modului de administrare a medicamentelor este obligatorie, fiind contraindicată recomandarea administrării „la nevoie", după cum, atunci cînd se consideră necesar, se poate explica tînărului raţiunea alegerii şi modul de acţiune a substanţelor prescrise, atitudine care influenţează pozitiv relaţia medic-pacient, nu însă şi corectitudinea respectării indicaţiilor (251); în schimb pacientul trebuie prevenit asupra eventualelor efecte secundare ale medicamentului şi sfătuit să nu se lase influenţat de informaţiile cuprinse în prospectul medicamentului tipizat, cauză frecventă a nerespectării indicaţiilor medicului;

— durata tratamentului se stabileşte în funcţie de evoluţia tabloului clinic şi de eficienţa psihoterapiei, care poate şi trebuie să contribuie la scurtarea duratei chimioterapiei; iniţial se prescriu tratamente de 7—10 zile, după care pacientul este chemat la control pentru a stabili dacă mai este sau nu indicată continuarea terapiei medicamentoase. La ultima consultaţie, pacientul trebuie avertizat asupra riscurilor ce decurg din prelungirea sau repetarea tratamentului fără avizul medicului, asigurîndu-i-se acces preferenţial la o nouă consultaţie în cazul reapariţiei tulburărilor; în general o dezadaptare acută reclamă rareori o chimioterapie ce depăşeşte 2—3 săptămîni, nici decompensarea unei nevroze vera nesolicitînd un timp mai lung pentru rezolvare.

În continuare abordăm cîteva aspecte legate de tratamentul simptomatic al studentului nevrotic.

Insomnia, aproape totdeauna însoţită de tulburări neurovegetative, beneficiază de tratamentul cu sedative vegetative sau nervoase, cu tranchilizante sau hipnotice uşoare ca Bromoval, Dormital, Noxyron etc. Cînd insomnia este de dată mai veche, se recurge la somnifere mai active ca Fenobarbital, Ciclobarbital, cloral hidrat, sau la asociaţii medicamentoase, fie tipizate, cum este Lauronil, fie la tranchilizante sau neuroleptice în doze mici asociate cu hipnotice minore. Acest tratament va fi administrat obligatoriu 10—20 de zile, fără întrerupere, cu recomandarea expresă ca ora de culcare să fie mereu aceeaşi, în scopul recondiţionării orei de adormire. Cîteva minute de cultură fizică, cu 30—45 de minute înainte de culcare completează salutar chimioterapia hipnotică. În lotul studiat, hipnoticele au fost prescrise la numai 34% dintre pacienţii cu dezadaptări acute şi la 46,4% dintre cei cu o nevroză constituită, date ce ilustrează posibili-

Scanned with OKEN Scanner

tatea evitării chimioterapiei printr-o psihoterapie bine condusă.

Cefaleea impune o intervenție terapeutică hotărîtă datorită marelui său coeficient de psihogenie. Cefaleea nevrotică, de cele mai multe ori de tip muscular, beneficiază de acțiunea benzodiazepinelor asupra reflexelor spinale (65), sistemului limbic și centrilor ortosimpatici hipotalamici (99), doza optimă variind între 5 și 10 mg administrată o dată seara, cu 60—90 de minute înainte de culcare. Cefaleea cu caracter vascular reacționează favorabil la asocierea antalgicelor cu sedative neurovegetative sau cu meprobamați.

Tulburările neurovegetative sînt ușor de combătut în timpul vacanțelor și în perioadele mai puțin aglomerate din cursul anului universitar prin antrenament fizic sistematic, jocuri sportive etc., cu condiția raționalizării concomitente a regimului de viață și de activitate. În schimb, la pacienții cu sindroame psihofizice cardiace sau circulatorii se recomandă, indiferent de momentul instalării tulburărilor, un atac medicamentos „clește" care să vizeze concomitent substratul vegetativ central și periferic și informarea psihologică corespunzătoare a pacientului, dublate de antrenament fizic (W. Pöldinger, 108). Dar mai ales în perioadele de vîrf ale anului universitar prescrierea unei medicații sedative este obligatorie, în funcție de dominanta vegetativă. Astfel, deși unii autori neagă eficiența dozelor mai mici de 2 mg/zi de rezerpină în cazurile de hiperfuncție ortosimpatică (68), experiența noastră a demonstrat că la studenții nevrotici la care dominanta ortosimpatică apare frecvent (143; 173), Hiposerpil-ul a avut efecte pozitive, chiar și în doze mai mici de 1 mg/zi. Nici hipotensiunea exagerată și nici stările depresive atribuite terapiei cu rezerpină — puse pe seama inhibiției substanței reticulate, talamusului posterior și sistemului talamic difuz (65; 174; 342; 378; 379), precum și prin sărăcirea „dépôt"-polului de catecolamine și de serotonină (9) — n-au apărut la dozele menționate, chiar cînd durata tratamentului s-a prelungit. Dacă totuși unii pacienți s-au plîns de o stare depresivă, aceasta s-a dovedit a fi indusă de lectura prospectului. Menționăm de asemenea faptul că la tinerii cu puseuri repetate de hiperpiezie și cu semne de hipertensiune regională cefalică, la care antecedentele vasculare familiale permiteau presupunerea existenței unei dominante funcționale ortosimpatice constituționale (235), aplicînd un tratament mai lung cu rezerpină, cu doze stabilite în funcție de nivelul tensiunii diastolice, s-au obținut rezultate foarte bune. În toate aceste cazuri, chimioterapia a fost completată cu recomandarea unui program zilnic de cultură fizică și respectarea măsurilor de psihoigienă. Cînd evoluția acestor tulburări era agravată de coexistența insomniei, s-a asociat rezerpinei, fenobarbitona, substanță ce inhibă aferențele substanței reticulate și hipotalamusul posterior (249; 377) — în doze de 50—100 mg, o dată, seara înainte de culcare. Alteori s-au asociat rezerpinei meprobamații în doze de cîte 100—200 mg, dimineața și la amiază, și 200—400 mg seara, pentru acțiunea lor miorelaxantă grație blocării reflexelor polisinaptice (Berger, citat de 434) și inhibiției structurilor talamice și nucleului caudat (68). Fenobarbitalul în doze de 100 mg/zi și Meprobamatul în doze ce nu depășesc 1 600 mg/zi, nu scad performanțele procesului de învățare (224). Meprobamatul poate fi înlocuit în asociația medicamentoasă menționată și cu benzodiazepinele — Diazepam — prescriindu-se 5—10 mg o dată, seara cu cca 1—2 ore înainte de culcare. Administrarea acestor substanțe peste zi produce adesea efecte secundare neplăcute care-l determină pe student să renunțe la ingestia lor. Cînd semnelor de hiperfuncție ortosimpatică și celor nevrotice li se adaugă și o hiperexcitabilitate neuromusculară — fasciculații musculare, semnul Chvos-

Scanned with OKEN Scanner

tek pozitiv, reflexe osteotendinoase vii etc. — se poate asocia şi calciterapia, mizîndu-se pe potenţarea proprietăţilor sedative ale calciului de către rezerpină (115), care favorizează fixarea intracelulară a calciului graţie depletiţiei celulei de serotonină (379). În sfîrşit, în prezenţa unor semne clinice de hipercorticism s-au dovedit utile 2—3 serii de cîte zece fiole de Epifizan (276).

La tinerii cu predominanţă funcţională parasimpatică s-au folosit caşete conţinînd: fenobarbital şi extr. beladona āā 1 ctg, papaverină 2 ctg şi lactoză 20 ctg, de trei ori pe zi. Asocierea acţiunii sedative cortico-subcorticale a fenobarbitalului cu acţiunile beladonei — blocant al sinapselor colinergice, inhibitor al porţiunii rostrale a substanţei reticulate, tranchilizant şi analgezic (379) — cu efectele vasodilatatoare, spasmolitice şi uşor euforizante ale papaverinei, are efecte deosebit de pozitive asupra tulburărilor vegetative şi indirect asupra evoluţiei nevrozei. Dintre tranchilizante, la aceşti pacienţi, preparatul Napoton — clordiazepoxid — s-a dovedit mai indicat decît meprobamaţii, care provoacă la vagotonici mai des efecte secundare neplăcute. Clordiazepoxidul, acreditat cu proprietăţi anxiolitice, miorelaxante (68; 362) şi euforizante — efectul „Librium" asupra EEG (342) — este un auxiliar de preţ al tratamentului, avînd şi avantajul că în doze de 10—30 mg/zi nu compromite procesul de învăţare (143). Totuşi trebuie tatonată reactivitatea individuală pentru că şi noi am observat, ca şi alţi cercetători, apariţia unor stări paradoxale de nelinişte psihomotorie după administrarea acestei substanţe, cazuri în care am preferat produsul Clordelazin, administrat în a doua jumătate a zilei în doze de 25—50 mg/zi. Dacă la acest tip de nevrotici insomnia se menţine şi după administrarea tranchilizantelor şi neurolepticelor, sînt recomandate asocierile cu amitalul sodic, cu cloralul hidrat sau cu preparatul Lauronil.

Pentru studenţii nevrotici cu semne de amfotonie vegetativă (Danielopolu), produsele industriei noastre farmaceutice, care asociază fenobarbitonei, adreno- şi colinolitice, cum sînt Bergonal, Bergofen, Lauronil, Distonocalm etc. (223; 398; 457), precum şi Clordelazin, produs cu proprietăţi adreno- şi colinolitice, antiserotoninice (9), antihistaminice, anxiolitice şi de facilitare a „learning"-ului operant (68; 73), sînt cele mai eficiente. În concordanţă cu Charlin (68) şi noi am avut impresia că preparatul Clordelazin este mai bine tolerat în terapia nevrozei bărbatului.

În lotul nostru sedarea medicamentoasă a disfuncţiilor vegetative s-a impus la cca o treime dintre pacienţi, proporţia crescînd la 83% la cei cu nevroze constituite. Aceste date demonstrează efortul evitării abuzului de psihotrope, dar şi faptul că în perioadele de vîrf ale activităţii sale, studentul trebuie tratat medicamentos, fiind adesea în imposibilitate de a respecta normele de psihoigienă.

În cazul dezadaptărilor acute, singur tratamentul tulburărilor vegetative conduce adesea la atenuarea şi chiar la dispariţia fenomenelor nevrotice, dar cînd este vorba de o nevroză vera, se impune o terapie mult mai complexă. Astfel, anxietatea, trăsătură dominantă a multor in- şi dezadaptări nevrotice la studenţi, trebuie atacată cu o chimioterapie bine aleasă, pentru că anxioliza echivalează cu un prim pas spre vindecare, graţie diminuării elaborărilor interne şi favorizării orientării pacientului spre exterior, facilitînd adaptarea (68). În acest scop am folosit în special sedativele nervoase clasice, ca valeriana, crategus, bromurile, fenobarbitona etc., evitînd pe cît posibil tranchilizantele pentru a preveni obişnuinţa (313). În lotul nostru, 35% dintre pacienţii cu dezadaptări acute şi 63,1% dintre cei cu nevroze constituite au beneficiat de terapia cu sedative nervoase. La ultimii, am aplicat acest tra-

Scanned with OKEN Scanner

tament în special în perioadele de compensare a nevrozei, pentru că astfel se realizează şi o întrerupere a administrării prelungite a tranchilizantelor şi neurolepticelor, de neînlocuit în decompensări. Totuşi, faptul că la 91% dintre pacienţii cu nevroze vera şi la 60% dintre cei cu dezadaptări acute am folosit tranchilizante şi neuroleptice, demonstrează că influenţa negativă a nevrozei asupra eficienţei studiului individual impune adesea o intervenţie terapeutică hotărîtă.

În ceea ce priveşte alegerea tranchilizantului, ne-am condus după criteriul dominantei vegetative (234), prescriind clordiazepoxid în formele inhibate şi meprobamaţi în cele iritabile (65; 342; 343; 434).

Neurolepticele recomandate de Barahona Fernandez (citat de 342) pentru atacul în profunzime al nevrozei, ni s-au părut utile în formele de graniţă ale nevrozei (145; 313) cum ar fi nevroza instalată pe un teren cu trăsături „accentuate" sau dezvoltarea nevrotică. Acţiunea neurolepticelor asupra structurilor mezodiencefalice şi striate (65; 68; 228; 249; 342; 379; 382) explică scăderea anxietăţii şi neliniştii psihomotorii, precum şi creşterea rezistenţei la *stress* (68; 411; 434). Dozele utilizate au fost mici — Clordelazin 25—75 mg/zi —, în funcţie de toleranţa pacientului, care întrerupe tratamentul de îndată ce observă o scădere a vigilenţei. Cînd gravitatea tulburărilor a impus această terapie, ţinînd seama de efectele secundare, am recomandat concomitent şi reducerea programului şcolar zilnic cu 2—3 ore, pe toată durata tratamentului. Prometazina (Romergan) este un produs util, dacă se administrează în doză unică de 30 mg seara, mai ales dacă tulburările nevrotice coincid cu o alergie medicamentoasă; aplicabilitatea sa la student este limitată însă de efectele secundare supărătoare. Mult mai bine tolerate sînt dozele tranchilizante de Levomepromazin — de 2—3 ori pe zi cîte 2 mg —, cu acţiune pozitivă în formele cenestopate. În formele obsesive, anxioase, isterice şi în cele însoţite de tulburări ale dinamicii sexuale, Tioridazin-ul — de 2—3 ori 5 mg zilnic — pare să dea rezultate bune. În schimb, în special în formele fobice am apelat cu succes la Haloperidol în doză de 30—45 de picături pe zi, timp de 1—2 săptămîni, după care doza se reduce la 3×5 pic., timp de 1—3 luni. Cînd se instalează fobia examenelor, care se repetă la fiecare sesiune, am înregistrat succese pregătind bolnavul cu o lună înainte de sesiune; astfel, am prescris zilnic 13—30 de picături de Haloperidol şi 5—10 mg de Diazepam o dată, seara, bineînţeles cu adausul necesar de Romparkin, tratament continuat pînă după sesiune.

În depresiunea nevrotică, 10—20 de fiole de Hematodin administrate parenteral, au darul de a risipi rapid depresiunea, pacientul asistînd la dispariţia senzaţiei de oboseală irezistibilă. Ca şi alţi autori (228; 267), am observat intoleranţa multor studenţi cu depresiune nevrotică la imipramină, din cauza proprietăţilor sale anxiogene (215; 274). Totuşi, Antideprin-ul, sporind sensibilitatea insului la stimulii externi şi crescînd tonusul afectiv, a fost prescris în doze de 75—150 mg/zi, numai celor cu elemente distimice, inclusiv psihastenicilor (239) decompensaţi depresiv şi cu risc suicidar, în manifestările psihosomatice cu componentă depresivă, totdeauna asociată cu doze convenabile de Levomepromazin şi cu urmărirea atentă a evoluţiei, dozele de imipramină scăzîndu-se progresiv către sfîrşitul tratamentului.

În ceea ce priveşte medicaţia stimulantă, s-a apelat la sărurile de calciu, fosfor şi arsenic, la stricnină şi la: vitamina A, care facilitează somnul (91), vitaminele din grupa B, care stimulează metabolismul neuronal (88), vitaminele C şi E, care activează metabolismul proteic cerebral şi la vitaminele D şi PP, în cazul unor indicaţii speciale.

Scanned with OKEN Scanner

Experienţa acumulată pledează în favoarea unei eficacităţi îndoielnice a vitaminoterapiei ca factor de creştere a randamentului intelectual şi de suprimare a tulburărilor nevrotice, putîndu-se admite cel mult un efect *placebo*. În schimb, în cazurile cu o componentă somatogenă — boli infecţioase intercurente, convalescenţă, sechele — sau pierderi ponderale mari în timp scurt, cu anorexie pe fondul unei depresiuni, tratamentul vitaminic este binevenit.

În ceea ce priveşte prescrierea acidului adenozintrifosforic, a acidului glutamic şi a derivaţilor săi, a lecitinei, Crelizin, Encephabol-ului etc., ca remedii ale surmenajului, adjuvante ale terapiei simptomatice la nevrotici, nu au confirmat aşteptările, iar administrate singure se dovedesc ineficiente în cazul studentului, pentru că dificultăţile sale la învăţătură au un substrat emoţional şi fără o intervenţie promptă asupra manifestărilor psihosomatice ale anxietăţii şi mai ales fără o psihoterapie adecvată, psihotonicele, ca şi vitaminoterapia, nu pot avea efectele scontate. În schimb Crelizin-ul şi Encephabol-ul, ca şi Meclofenoxat-ul, ultimul acreditat şi cu proprietăţi timoanaleptice (69) ni s-au părut utile în sindroamele neurastenice pe fond microsechelar cerebral (228; 356; 382). Trebuie semnalat că se observă destul de frecvent unii tineri hiperemotivi care abuzează de aceste remedii, manifestînd fenomene de obişnuinţă.

Din grupa xantinelor — substanţe ce sensibilizează sinapsele acetilcolinice şi activează circulaţia cerebrală (99; 379) — cofeina, uneori asociată cu efedrina, ambele în doze 5 ctg, o dată, au fost prescrise uneori pentru a contracara scăderea vigilenţei indusă de neuroleptice sau în stări de somnolenţă diurnă. Deşi amfetaminele sînt considerate apte să crească performanţele intelectuale (379) şi să înlăture oboseala şi apatia prin stimularea substanţei reticulate (201), nu le-am prescris niciodată, nu numai pentru că pot da naştere la abuzuri, ci şi pentru că acţiunea lor stimulantă asupra formaţiei reticulate creşte şi mai mult hiperactivarea deteriorînd şi mai mult starea psihică.

Menţionăm faptul că înainte ca fenmetrazina să fi fost înscrisă printre medicamentele cu regim special de eliberare din farmacii, unele studente descoperindu-i efectul psihostimulent, au folosit-o abuziv, în doze progresive, ajungînd la fenomene de dependenţă, iar într-unul dintre cazuri, la tulburări psihice schizofreniforme, eventualitate semnalată de unii autori (302).

Dată fiind natura psihogenă a tulburărilor de dinamică sexuală la student, este recomandabilă evitarea chimioterapiei, dar coexistenţa surmenajului şi disfuncţiilor vegetative face recomandabilă aplicarea unei terapii cu sedative, tranchilizante, tonice şi vitamine paralel cu psihoterapia. Prescrierea hormonilor androgeni este riscantă la aceşti tineri (126; 262; 276; 277; 283; 426; 446) chiar şi în prezenţa unor semne clinice de hipoorhidie moderată, pe de-o parte din cauza proprietăţii androgenilor de a induce un libido artificial, inadaptat, refugiat în vis şi reverie, ce poate declanşa reacţii anxioase sau suicidare (Remi şi Koupernik, citaţi în 195), iar pe de altă parte, pentru că tînărul interpretează prescrierea hormonilor de către medic ca o confirmare a naturii „organice" a disfuncţiei sale genezice.

În concordanţă cu opinia altor autori (106), şi noi am aplicat tratament hormonal la nevroticii cu tulburări discrinice manifeste, dar cu prudenţa pe care o impune acţiunea de sensibilizare a servomecanismelor neuroendocrine de care dispun hormonii (71; 279; 281; 283), dată fiind labilitatea neuroendocrină prezentă la această categorie de tineri. Cele mai numeroase cazuri în care s-a impus hormonoterapia, au fost acelea ale studentelor cu dezechilibre gonadice, induse de situaţii stressante, paciente la care sindromul de tensiune

Scanned with OKEN Scanner

premenstruală dobîndea intensitate patologică.

În sfîrşit, coincidenţa nevrozei cu maladii somatice intercurente a impus şi în lotul pe care l-am studiat, adăugarea la tratamentul nevrozei, a celui vizînd tulburările somatice la 39,1% dintre studenţii cu dezadaptări acute şi la 53% dintre cei cu nevroze constituite.

Refacerea capacităţii de muncă prin repaus

Medicul, scrie v. Ferber (117), poate prescrie un repaus bolnavilor care nu trebuie să părăsească patul, celor care-l solicită pentru „indispoziţii" provocate de afecţiuni mai puţin grave, altora din motive de ordin sociopsihologic, dată fiind legătura inseparabilă dintre problemele sociale şi cele medicale. Deşi odihna face parte din mijloacele de recuperare a nevroticului (70), repausul acordat nevroticului se înscrie într-una dintre ultimele două categorii, stîrnind adesea dubii asupra oportunităţii sale, cu atît mai mult, cu cît posibilitatea stabilirii autenticităţii acuzelor este pusă sub semnul întrebării în lumea nemedicală. Cum este şi firesc, atari îndoieli planează şi asupra repausului acordat studentului cu un impas adaptativ, tînăr considerat a nu fi supus nici unui alt efort în afara celui de a învăţa. În realitate, aşa cum afirmă şi P. Brânzei (48), „... egofobul constituţional are nevoie de sprijin pentru adaptarea sa... reacţiile nevrotice de suprasolicitare sau maladaptative se remit integral prin cură de repaus activ şi medicaţie adecvată...". În cazul studentului trebuie avut în vedere faptul, subliniat de M. Pelecier (citat de 395), că munca intelectuală este un „agent al vindecării", medicul care îngrijeşte studenţi cu tulburări psihice fiind obligat să se ocupe şi de bunul mers al studiilor lor (Danon-Boileau, 469), ceea ce echivalează cu sprijinirea „recîştigării capacităţii de acumulare continuă, de perfecţionare şi de autodepăşire într-un ritm prestabilit (70). Orice întrerupere prelungită a activităţii sale riscă să-i compromită recuperarea rămînerilor în urmă — anul universitar totalizează cca 180 de zile lucrătoare — şi, prin conştientizarea handicapului indus de conştientizarea „îmbolnăvirii" sale, prin elaborări anxioase şi prin supraevaluarea riscului de eşec şcolar, să-i agraveze impasul. Mai mult, subsolicitarea echivalează şi cu o rupere de ritm, cu pierderea antrenamentului necesar atît efortului intelectual, cît şi creşterii adaptabilităţii, indispensabilă definirii laturii psihosociale a personalităţii. De aceea este indicat ca atunci cînd situaţia impune un repaus mai lung, după o scurtă schimbare de mediu, studentul să fie sfătuit să nu întrerupă total frecventarea cursurilor şi laboratoarelor, utilizînd repausul acordat ca pe un prilej de adaptare a activităţii la nivelul posibilităţilor sale, temporar diminuate.

În schimb, suprasolicitarea impusă prin refuzul acordării repausului necesar, adînceşte dezadaptarea şi compromite potenţialul psihoterapeutic al dialogului medic-pacient, favorizează apariţia sentimentului de însingurare afectivă, de izolare, iar tînărul se consideră neînţeles şi suspectat de intenţia de a se sustrage de la obligaţiile sale universitare. În consecinţă, acordarea unui repaus de 3—4 zile studentului cu tulburări provocate de surmenaj sau de un eveniment psihotraumatizant, nu este justificată de însăşi gravitatea tulburărilor, ci de atitudinea psihoterapeutică şi profilactică pe care medicul este obligat să o adopte în cazul tînărului. Această scurtă „pauză" dobîndeşte semnificaţia înţelegerii dificultăţilor pacientului, realizîndu-se o detensionare psihică, pentru că-i permite să-şi rezolve o problemă personală care-i polariza atenţia compromiţîndu-i randamentul la învăţătură şi pentru că diminuează riscul intrării sale în criză

Scanned with OKEN Scanner

de timp. Această măsură este asemănătoare „time out"-ului prevăzut în regulamentul unor jocuri sportive ce reclamă efort deosebit, scurt repaus care, folosit într-un moment critic, poate schimba soarta jocului.

Rezultă că pentru stabilirea indicației concediului medical trebuie să se țină seama nu numai de gravitatea „actuală", ci și de potențialul evolutiv al tulburărilor nevrotice, potențial care depinde de particularitățile și de gradul de maturizare a personalității, de starea sănătății somatice, de situația la învățătură, de momentul anului universitar și de eventuala coexistență cu factori stressanți de altă natură.

În concluzie, *în cazul studentului nevrotic sau cu dificultăți de adaptare, acordarea rațională a repausului medical reprezintă un element de psihoterapie și de psihoprofilaxie cu semnificații multiple.*

Tabelul XXI furnizează datele ce reflectă modalitatea aplicării în lotul studiat a principiilor enunțate în legătură cu acordarea repausului medical.

De-a lungul perioadei în care s-a efectuat prezenta cercetare, din totalul studenților incluși în lotul nostru, 52,9% au beneficiat de un repaus medical, proporție care oscilează între 30% în grupul celor cu dezadaptări acute și 75,9% în grupa nevroze constituite. Însumat, cei 1 400 de studenți cu tulburări nevrotice sau infranevrotice au acumulat 30 306 zile de concediu medical, fiecăruia revenindu-i în medie 22 de zile, la care se adaugă 14 806 zile de reduceri de program — cca 11 zile/pacient. Deși numai 22,3% dintre cei studiați au totalizat mai mult de 30 de zile de repaus de-a lungul întregului repaus, aceștia sînt beneficiarii a 80% din totalul zilelor de concediu medical acordate de cabinetul nostru.

TABELUL XXI

Repartiția procentuală a pacienților în funcție de totalul zilelor de concediu medical acumulate în perioada cercetării

	Zile de concediu medical		
	sub 7	*8—30*	*peste 30*
Total pacienți	18,8	39,7	41,5
dintre care:			
studenți	17,5	35,4	47,1
studente	20,6	45,6	33,8
Nevroze constituite	12,3	37,0	50,7
dintre care:			
studenți	11,9	31,9	56,2
studente	12,4	45,9	41,7
Dezadaptări acute	34,2	43,3	22,5
dintre care:			
studenți	33,5	42,7	23,8
studente	34,2	42,9	20,9

Tratamentul în spital; indicații și contraindicații

Nevroticul trebuie tratat ambulator, pentru că „... activitatea îl scoate din el însuși" (274) și pentru că mediul spitalicesc îi poate înmulți simptomele și-l poate stressa (107), mai ales avînd în vedere labilitatea studentului cu tulburări nevrotice, favorizată și de desfășurarea procesului de maturizare (59; 77; 228; 243; 271; 272; 413; 452; 455). În acest sens, studiile efectuate de Deana (citat de 408) au demonstrat apariția unor tulburări psihice grave la un lot de studenți medicinești, care fuseseră internați pentru scurt timp într-un serviciu de psihiatrie, deși știau că este vorba de un experiment.

Conform experienței proprii, internarea studentului cu tulburări adaptative ar fi indicată în următoarele situații:

— necesitatea precizării naturii — nevrotică sau somatică — a unui tablou clinic proteiform; pacientul se internează de preferință în staționarul sau în laboratorul de sănătate mintală al spitalului studențesc și, numai în cazuri excepționale, într-o clinică de specialitate;

— existența unei boli psihosomatice decompensate; internarea se face într-unul din serviciile menționate;

Scanned with OKEN Scanner

— suspiciunea debutului mascat al unei psihoze; bolnavul este îndrumat la clinica de psihiatrie sau internat în staţionarul L.S.M. (laboratorul de sănătate mintală) pentru studenţi;

— ineficienţa tratamentului ambulator, prelungirea evoluţiei dezadaptării dublată de compromiterea rezultatelor la învăţătură; internarea este indicată în staţionarul L.S.M. pentru studenţi sau într-un sanatoriu de profil;

— necesitatea scoaterii temporare a pacientului din mediul familial, universitar sau din căminul studenţesc, mediu care a devenit stressant pentru pacient; forma ideală de soluţionare a acestui impas este aceea care permite studentului să continue să frecventeze cursurile şi să înveţe. Spre exemplu, în Franţa studenţii beneficiază de clinica Dupré din Sceaux, unde sînt trataţi cei cu tulburări mintale. Serviciu deschis, asigură pe lîngă asistenţa psihiatrică şi psihologică, şi o terapie educaţională, efectuată de profesori repartizaţi de Ministerul Învăţămîntului. Ergoterapia nu este cea tradiţională, dat fiind că aceasta ar putea reprezenta un pretext şi o posibilitate de sustragere de la studii echivalînd cu o regresiune, ci reeducare prin studiu, tinerii internaţi frecventînd cursurile, dar dispunînd de sprijin şi îndrumare pedagogică adecvată stării lor psihice (13; 395; 469).

Deşi durata medie de spitalizare a studenţilor cu tulburări nevrotice internaţi în staţionarul spitalului nostru nu depăşea în perioada 1957—1963 13 zile (354), aceste ruperi de ritm ale activităţii ar putea fi evitate la unii dintre ei, dacă ar exista servicii „deschise", de tipul celui descris, ştiut fiind cît este de apreciat în ultimele decenii acest sistem de tratament psihiatric (59; 364).

Din totalul pacienţilor noştri, 19,2% au necesitat internarea, cca un sfert dintre aceştia chiar internări repetate, proporţie care se ridică la 31,4% în grupa nevroze constituite, scăzînd la 7% în lotul celor cu dezadaptări acute; durata medie de spitalizare a oscilat între 20 de zile la primii şi 11 zile la ceilalţi. Datele pledează în favoarea efortului nostru de a limita pe cît posibil, desprinderea acestor tineri de activitatea lor universitară, atitudine justificată de caracterul de reciprocitate existent între echilibrul lor psihic şi rezultatele muncii lor de pregătire profesională.

Evoluţie şi prognostic

Evoluţia dezadaptărilor nevrotice la student

Analiza datelor cuprinse în tabelul XXII relevă rata surprinzător de modestă a vindecărilor, care nu depăşeşte 60,2% nici chiar la tinerii cu sindroame de suprasolicitare, pentru a coborî la 8% printre cei suferind de nevroză constituită. Chiar făcînd abstracţie de optimismul lui Leonhard (243), care afirmă că toate nevrozele se vindecă „dacă medicul vrea", sau de afirmaţia lui Kondo care ar fi obţinut 85% vindecări folosind metoda Morita-Jikei*,

* Metoda psihoterapeutică imaginată de Morita în 1918 integrează ergoterapia într-un regim educaţional terapeutic destinat tratării nervozismului — neurastenii, nevroze anxioase şi obsesive. Pornind de la ideea că nu „epuizarea nervoasă", ci deficitele personalităţii reprezintă adevăratul substrat al nevrozei, contestă raţiunea odihnei prelungite şi a chimioterapiei. Tratamentul imaginat de Morita cuprinde o primă etapă în care bolnavului i se impune repaus absolut, la pat, timp de 4—7 zile. În următoarele trei etape, fiecare de cîte 5—10 zile, pacientul este readaptat prin activităţi de durată şi dificultate progresivă, la ritmul obişnuit al activităţii sale (395).

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XXII

Repartiţia procentuală a pacienţilor în funcţie de evoluţia dezadaptării nevrotice de-a lungul perioadei de cercetare

	Starea la finele perioadei de observaţie:			
	Vindecaţi	*Amelioraţi*	*Staţionari*	*Agravaţi*
Total pacienţi	33,7	23,1	23,5	19,7
dintre care:				
studenţi	31,5	23,5	23,7	21,3
studente	36,6	22,4	23,3	17,7
Nevroze constituite	8,0	26,4	30,0	35,6
dintre care:				
studenţi	7,8	26,7	28,7	36,8
studente	8,3	26,1	31,9	33,7
Dezadaptări acute	59,4	19,7	17,0	3,9
dintre care:				
studenţi	58,4	20,0	17,9	3,7
studente	60,6	19,4	16,0	4,0
Reacţii nevrotice	58.3	20,7	17,0	4,0
dintre care:				
studenţi	58,3	20,1	18,8	2,8
studente	58,3	21,2	15,4	5,1
Sindroame de suprasolicitare	60,2	19,0	17,0	3,8
dintre care:				
studenţi	58,4	19,9	17,3	4,4
studente	62,7	17,7	16,6	3,0

comparînd constatările noastre cu cele obţinute pe alte loturi de nevrotici — vindecări între 25—28% (228; 455), între 40—42% (162; 271), între 60—66% (342; 455) —, se observă că studenţii se situează în categoria nevroticilor cu rata cea mai scăzută de vindecări — 33,7% — pentru întreg lotul. Explicaţia fenomenului rezidă în particularităţile activităţii — solicitare intelectuală intensă în condiţiile unei hiperactivări psihoemoţionale, declanşată de riscul de eşec şi de caracterul competitiv al activităţii, uşurinţa cu care se poate instala o sensibilizare a tînărului la factorii de risc studii-sănătate datorită repetării perioadelor stressante ale activităţii, sesiunile de examene — dar şi în dificultăţile suplimentare ce apar datorită desfăşurării procesului de maturizare psihosocială şi în special afectivă a personalităţii, mai ales problematica ridicată de căutarea viitorului partener de viaţă avînd o mare semnificaţie. Aceleaşi sînt şi cauzele unor erori de încadrare nosologică a tulburărilor lor adaptative, care pot vicia aprecierile privitoare la evoluţia afecţiunii lor nevrotice sau infranevrotice.

Fenomenul de „sensibilizare" semnalat se reflectă şi în faptul că la unul din trei, dintre pacienţii noştri, dezadaptarea acută a evoluat cu recăderi, iar nevroza cu decompensări repetate. Aşa se explică şi agravările, care se ridică la 35,6% în grupa nevroze constituite, proporţie similară celei stabilite de Origlia (13) la un lot de studenţi nevrotici italieni. Agravările nevrozei la un tînăr a cărui personalitate este în curs de maturizare, poate echivala cu instalarea unei dezvoltări nevrotice (288), cu o structurare psihopatologică a personalităţii (Ghiliarovschi şi Popov, citaţi de 47), dat fiind că personalitatea reprezintă un ansamblu „relaţional-integrativ" (332).

Similitudinea dintre proporţia agravărilor — 35,6% — şi proporţia studenţilor cu trăsături „particulare" ale personalităţii — 31,6% (tabelul VII) —

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XXIII

Date privind evoluţia dezadaptărilor nevrotice la studenţii care au depăşit vîrsta de 25 de ani comparativ cu cei care nu împliniseră această vîrstă

	Starea la finele perioadei de observaţie:			
	Vindecaţi	*Ameliorati*	*Staţionari*	*Agravaţi*
Nevroze constituite				
Studenţi sub 25 de ani	8,3 %	26,8 %	27,8 %	37,1 %
Studenţi peste 25 de ani	7,5 %	25,8 %	33,3 %	33,3 %
Dezadaptări acute				
Studenţi sub 25 de ani	59,9 %	18,0 %	17,6 %	4,5 %
Studenţi peste 25 de ani	57,6 %	26,4 %	14,6 %	1,4 %

pledează în favoarea rolului determinant al „terenului" în evoluţia nevrozei (25).

Pe de altă parte, nu este exclusă nici posibilitatea strecurării unor greşeli de diagnostic, în sensul considerării drept nevroze a manifestărilor înşelătoare ale unor psihopatii sau psihoze incipiente. La tineri în curs de maturizare, astfel de erori sînt posibile, cunoscut fiind debutul cu tulburări de adaptare al unor psihoze (238) şi debutul în „reprize" al schizofreniei (Wyrsch, citat de 333). Aşa fiind, apare ca o necesitate dispensarizarea studentului cu sindroame de dezadaptare (13; 173; 270), dispensarizare care nu se recomandă în cazul adultului nevrotic (241).

Ţinînd seama de faptul că deplina maturizare a personalităţii tînărului se realizează numai după angajarea sa în producţie, în tabelul XXIII prezentăm evoluţia nevrozelor constituite şi a dezadaptărilor acute la studenţi mai tineri de 25 de ani — postadolescenţi — comparativ cu cei care depăşeau vîrsta de 25 de ani, care în mare parte fuseseră deja angajaţi în producţie înainte de începerea studiilor universitare, ceea ce permite presupunerea că beneficiază de un plus de maturitate faţă de colegii lor mai tineri.

Din datele expuse rezultă că vîrsta nu se reflectă semnificativ în modalitatea de evoluţie a nevrozei constituite, în schimb, în grupa dezadaptări acute, studenţii cu un plus de maturitate depăşesc mai uşor impasul adaptativ „accidental", survenit de-a lungul studiilor universitare — 84% vindecări sau ameliorări, faţă de numai 77,9% şi, respectiv, 16% staţionari sau agravaţi, faţă de 22,1% în categoria celor mai tineri. Interpretările la care se pretează aceste date ar fi:

— impasul adaptativ, survenit în timpul desfăşurării procesului de maturizare, poate determina o amînare a definirii personalităţii sau o perturbare a corectei sale direcţionări;

— procesul de maturizare în desfăşurare poate induce mai uşor greşeli de diagnostic, mai ales datorită frecvenţei dificultăţilor adaptative printre studenţi şi ca urmare a tentaţiei de a considera iniţial benigne, tablouri clinice care ulterior se dovedesc a depăşi intensitatea infranevrotică;

— faptul că 22,1% dintre sindroamele de dezadaptare acută, care la studenţii mai tineri au evoluţie prelungită sau cu tendinţă de agravare, ridică problema în ce măsură sînt adevărate opiniile celor care susţin că odată cu absolvirea facultăţii, aceste dezadaptări acute dispar de la sine. Pentru a răspunde acestei întrebări, în tabelul XXIV am ordonat datele privind evoluţia celor trei tipuri de afecţiuni nevrotice studiate, în funcţie de criteriul menţionat: pacienţi care la încheierea studiului nostru absolviseră studiile universitare şi pacienţi care nu absolviseră, fiind încă studenţi.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XXIV

Date privind evoluția afecțiunii nevrotice la pacienții care pînă la finele cercetării absolviseră facultatea, comparativ cu cei care erau încă studenți

	Starea la finele perioadei de observație:			
	Vindecați	*Ameliorați*	*Staționari*	*Agravați*
Nevroze constituite				
Absolvenți	10,5 %	31,9 %	21,1 %	36,5 %
Studenți	4,9 %	23,4 %	37,5 %	34,2 %
Reacții nevrotice				
Absolvenți	60,6 %	24,0 %	8,7 %	6,7 %
Studenți	58,4 %	21,3 %	17,5 %	2,8 %
Sindroame de suprasolicitare				
Absolvenți	64,8 %	18,9 %	14,2 %	3,1 %
Studenți	58,9 %	22,3 %	16,2 %	2,6 %

Din tabelul XXIV rezultă că absolvirea studiilor influențează pozitiv rata vindecărilor, atît în grupa nevrozelor constituite, cît și în aceea a sindroamelor de suprasolicitare, nu însă și în grupa reacțiilor nevrotice. La extrema opusă a modalității evolutive, *agravări*, reacțiile nevrotice sînt singurele care în loc să se dovedească sensibile la depășirea etapei de „încercări", la care este supus tînărul de-a lungul anilor de studii universitare, se agravează într-o proporție mai mare. Aceste constatări pot fi folosite ca premise ale ipotezei conform căreia tocmai aceste reacții dezadaptative rezervă cele mai numeroase surprize în ceea ce privește perspectiva lor evolutivă. Ipoteza rămîne plauzibilă, deși proporția agravărilor este de cinci ori mai mică decît în cazul nevrozelor constituite, dat fiind că nevroza instalată din adolescență sau mai devreme, din copilărie, evoluează în mod obișnuit foarte multă vreme. Faptul că la finele studiilor universitare se notează o proporție ridicată de agravări la adevărații nevrotici, poate fi pus în legătură cu o decompensare, declanșată de prospectarea anxioasă a iminentei inserții în viață și profesie, dar și ca o reflectare a solicitărilor la care au fost supuși tinerii nevrotici de către riscul studii-sănătate. Cu titlu orientativ semnalăm faptul că din 63 dintre pacienții noștri, cu care am reușit să păstrăm contactul cîțiva ani după absolvirea facultății și integrarea lor în producție, numai la 23 nevroza evoluase favorabil, la 35 înregistrîndu-se o tendință de agravare.

În orice caz, faptul că aproximativ 16—17% dintre absolvenții care suferiseră de un sindrom de suprasolicitare sau de o reacție nevrotică nu prezentau o tendință de ameliorare a tulburărilor, unii dimpotrivă, lăsînd impresia unei agravări, contrazice ipoteza benignității acestor dezadaptări acute și impune în continuare măsuri de psihoprofilaxie mai eficiente pentru diminuarea riscului studii-sănătate.

Prognosticul imediat și îndepărtat

Datele și observațiile cuprinse în paragraful anterior demonstrează în mod elocvent că la stabilirea prognosticului afecțiunilor nevrotice și infranevrotice la student trebuie păstrate rezerve. Astfel, în ceea ce privește prognosticul îndepărtat, se poate vorbi mai curînd de o „impresie" prognostică bazată mai mult pe intuirea fondului personalității, decît pe tabloul clinic al dezadaptării, cu atît mai mult, cu cît recăderile sînt frecvente, acestea putînd crește sensibilitatea la *stress*. În schimb, pentru evaluarea prognosticului apropiat, ținînd seama de aspectul clinic al tulburărilor, de rezultatele la învăță-

tură, de nivelul și tendințele procesului de maturizare, se pot face aprecieri inițiale, care trebuie neapărat validate, urmărind evoluția ulterioară a dezadaptării.

În linii mari, pe baza experienței acumulate, se conturează cîteva criterii utile aproximării prognosticului:

— coincidența in- sau dezadaptării cu întîrzierea sau încetinirea desfășurării procesului de maturizare impune amînarea pronunțării;

— existența unor trăsături disarmonice, instabile sau distimice ale personalității, întunecă prognosticul mai mult decît un teren somatic afectat genetic, de sechele sau de boli cronice;

— existența în trecutul pacientului sau în momentul instalării impasului adaptativ a unui climat familial viciat, a unei atitudini educaționale parentale traumatizante sau neconcordante cu particularitățile tînărului, reduce șansele de vindecare;

— inadaptarea sau desprinderea durabilă a pacientului de microgrupul colegilor, eșecurile repetate la examene, schimbările bruște ale motivației profesionale sau ale nivelului de aspirație, teama manifestă de a absolvi facultatea din cauza neîncrederii în propria capacitate de inserție în viață și profesie, tendințele introversive, întunecă perspectivele evolutive;

— intervenția unor stări conflictuale erotice, izbucnirea nejustificată a unor preocupări obsesive pe teme de sexualitate, însoțite de perturbarea activității, impun o urmărire atentă și prelungită a evoluției, înainte de stabilirea prognosticului;

— dezadaptările neurastenice instalate relativ brusc, reactiv, cu un tablou clinic polimorf și variabil de la o zi la alta, au adesea prognostic mai bun decît cele instalate insidios, paucisimptomatice, cu tendința de fixare a unui simptom dominant, areactive la schimbarea mediului și la demersurile psihoterapeutice;

— redobîndirea motivației și a eficienței activității, după o perioadă de prăbușire a performanțelor și a motivației pentru studiu, reprezintă un semn de bun augur, mai ales cînd „costul" performanțelor obținute nu este excesiv de ridicat (123), la fel de favorabilă fiind sociabilizarea progresivă a tînărului care avea tendințe evidente de a se însingura.

În concluzie, este recomandabilă adoptarea unei atitudini rezervate și de expectativă, stabilirea unui prognostic corect reclamînd o prealabilă urmărire a evoluției in- sau dezadaptării, paralel cu observarea mersului procesului de maturizare. Nu trebuie omis faptul că, în cazul studentului, mai mult decît la alte categorii de tineri, dezadaptarea nevrotică poate destructura personalitatea (70), iar instalarea derapajului existențial echivalează cu o situație „din care se iese mereu . . . , dar fără să știm în ce direcție . . ." (Pamfil și Ogodescu, 310).

Implicațiile dezadaptărilor studentului în problema eșecurilor universitare și la examen

În concordanță cu mulți autori, și studiul nostru pledează pentru lipsa de proporționalitate dintre nivelul inteligenței și gravitatea eșecului înregistrat, numai 11,2% dintre cei 500 de studenți cu afecțiuni nevrotice sau infranevrotice, care au înregistrat repetenții sau au abandonat studiile prematur, părînd a fi lipsiți de aptitudinile corespunzătoare. Dar, dacă aptitudinile pacienților noștri au fost apreciate intuitiv, Kemmler și colab., ca și Hitpass și colab. (citați de 412), au demonstrat, folosind metode psihometrice, că numai 50% dintre școlarii cu performanțe insuficiente la învățătură dispuneau de un nivel Q.I. redus, că nici cei cu o inteligență superioară nu aveau rezultate strălucite, mai curînd cei cu inteligență medie obținînd rezul-

Scanned with OKEN Scanner

tate bune și foarte bune. La concluzii similare conduc și cercetări efectuate la studenții care au părăsit prematur scena universitară (126). Stark (412) subliniază reciprocitatea relației dintre temerile nevrotice, dificultățile de concentrare și autosubestimare și dificultățile și eșecurile școlare, iar A. Ryle (168) susține că pentru succesul studiilor, factorii emoționali sînt mai importanți decît cei intelectuali, deși corelația nu este simplă.

În orice caz, Nicholi (citat de Henderson în 168) constată că o treime dintre studenții universității din Harward care au abandonat studiile erau bolnavi psihici, deși incidența acestor boli în populația studențească nu depășea 8—10%, date confirmate și de Lucas și colab., Seil și de alți cercetători (citat în 347). Dacă A. Ryle și Lunghi (citat în 469) afirmă că între nivelul performanțelor la învățătură, boală și inteligență n-ar exista o interdependență, Puchta și Ziolko (469) vorbesc de conduita de eșec a nevroticilor ca despre o cauză frecventă a eșecurilor universitare. În acest sens E. Papadima (316) identifică la 64% dintre cei 300 de studenți cu eșecuri la examene investigați, existența „conduitei de eșec" care s-a manifestat prin: simptomatologie nevrotică complexă, absenteism și neglijarea studiului, „uitarea" datei sau orei examenului, manifestări psihosomatice, opțiunea neinfluențată pentru o facultate în totală contradicție cu aptitudinile și cu pregătirea de bază, inhibiția cognitivă la seminarii sau la examene. Dealtfel numeroși cercetători consideră scăderea rezultatelor la învățătură ca un semn al neurasteniei (271; 343; 455), iar corelația nevroză-eșec drept certă (141; 175).

Legea valorilor inițiale, formulată de J. Wilder (citat în 125), conform căreia prestimularea excesivă pregătește o reacție paradoxală, care echivalează cu eșecul, iar apariția eșecului mărește și mai mult disproporția dintre prestimulare și răspuns, facilitînd un nou eșec, explică atît inhibiția la examen a studentului bine pregătit, dar timorat de riscul de eșec, cît și eșecurile în serie ale unor studenți valoroși. Dacă stressului reprezentat de o asemenea situație i se adaugă cel produs de proasta recepție a eșecului de către părinți, sau de către colectiv — criticarea nejustificată a studentului în impas, fără o prealabilă analiză a adevăratelor cauze ale eșecului —, va fi amenințată nu numai recuperarea sa vocațională, ci și sănătatea sa mintală.

Ținînd seama de observațiile lui R. Oxtoby (469) privitoare la faptul că succesul studentului nu depinde numai de factorii personali, ci și de interacțiunea dintre aceștia și facultate, analizarea eșecului tînărului trebuie făcută vizînd cei trei factori determinanți ai modalității de răspuns a organismului: *condiția de stimulare* — calitatea, intensitatea și semnificația stimulului — *particularitățile individuale* și *starea funcțională a sistemului nervos*. În cazul studentului, trebuie luate în considerație:

— noutatea mediului și exigenței universitare, complex de stimuli intenși și cu semnificații multiple pentru devenirea sa profesională, personală și socială;

— dincolo de particularitățile individuale intervine lipsa sa de experiență, confruntarea imaginii sale ideale despre viață cu realitatea și procesul de maturizare în desfășurare, nu numai în planul psihosocial al personalității, ci și în cel afectiv, unde dominantă este căutarea viitorului partener de viață;

— specificul său ocupațional — suprainvestiție intelectuală în condiții competitive și de tensiune emoțională ridicată — contribuie la prelungirea labilității neuro-endocrino-vegetative din fazele anterioare ale adolescenței, labilitate care prin retroacțiunea sa crește nivelul activării psihice, accentuînd instabilitatea sistemului nervos.

Scanned with OKEN Scanner

Toate datele faptice şi teoretice enumerate arată lipsa de temeinicie a opiniei, încă destul de răspîndite, conform căreia performanţele slabe şi eşecurile la examen ale studentului n-ar reflecta decît nivelul necorespunzător al inteligenţei, aptitudinilor şi vocaţiei sau insuficienta motivaţie şi perseverenţă a activităţii sale. Pornind de la un astfel de concept exclusivist se ajunge la interpretarea apelului unui student care se găseşte într-un impas la sprijinul medicului, drept o încercare de a obţine o „justificare medicală" a incapacităţii sau a tendinţei sale de a se sustrage de la obligaţiile universitare ce-i revin. Astfel de opinii îşi au obîrşia în subestimarea nivelului real al solicitării sale, a unor deficienţe psihoigienice ale modului de desfăşurare a procesului de învăţămînt, precum şi în benignitatea aparentă a sindroamelor dezadaptative, mai ales a celor infranevrotice.

În continuare prezentăm rezultatele studiului nostru menite să servească drept argumente în favoarea necesităţii unei analize atente a implicaţiilor tulburărilor nevrotice sau infranevrotice la student în problema eşecurilor universitare.

Se constată din tabelul XXV că o treime dintre nevrotici înregistrează

TABELUL XXV

Proporţia studenţilor nevrotici care în perioada cercetării au repetat cel puţin un an universitar şi proporţia celor care au abandonat studiile universitare

	Au repetat ani de studii	*Au abandonat studiile*
Total pacienţi	35,7 %	8,2 %
dintre care:		
studenţi	39,5 %	9,7 %
studente	30,5 %	6,1 %
Nevroze constituite	45,0 %	10,8 %
dintre care:		
studenţi	48,7 %	12,5 %
studente	39,3 %	8,4 %
Dezadaptări acute	26,4 %	5,6 %
dintre care:		
studenţi	29,4 %	6,7 %
studente	22,9 %	4,1 %

TABELUL XXVI

Repartiţia procentuală a studenţilor nevrotici cu eşecuri universitare în funcţie de succesiunea în timp a celor două fenomene, eşec şi nevroză

	Număr observaţii	*Precesiunea nevrozei*	*Precesiunea eşecului*	*Relaţia în timp incertă*
Total pacienţi	500	43,2	12,6	44,2
Nevroze constituite	315	59,0	6,4	34,6
Dezadaptări acute	185	16,2	23,3	60,5

eşecuri universitare grave (dintre cei cu nevroză constituită, 10% riscă să nu absolve facultatea), studenţii clacînd mai des decît studentele.

Ponderea ridicată a cazurilor în care nu s-a putut preciza ordinea instalării celor două fenomene — nevroză, eşec universitar — demonstrează strînsa lor interdependenţă (tabelul XXVI).

Din datele prezentate (tabelul XXVII) se deduce importanţa intervenţiei *ambelor* categorii de factori de risc în pregătirea eşecului universitar.

TABELUL XXVII

Repartiţia procentuală a pacienţilor în funcţie de natura factorilor care au declanşat dezadaptarea nevrotică

	Factori universitari	*Factori extrauniversitari*	*Ambele categorii de factori*
Total pacienţi			
dintre care:			
fără eşecuri	20,5	27,4	52,1
cu eşecuri	18,8	10,6	70,6
Nevroze constituite			
dintre care:			
Pacienţi fără eşecuri	4,7	32,5	62,8
pacienţi cu eşecuri	8,6	10,8	80,6
Dezadaptări acute			
dintre care:			
pacienţi fără eşecuri	44,3	11,5	44,2
pacienţi cu eşecuri	36,2	10,3	53,5

Datele din tabelul XXVIII demonstrează că, indiferent dacă este vorba de o nevroză constituită sau de o dez-

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XXVIII

Repartiția procentuală a pacienților în funcție de momentul debutului dezadaptării nevrotice

	Momentul debutului:	
	înaintea admiterii în facultate	*după admiterea în facultate*
Total pacienți		
dintre care:		
fără eșecuri	38,9	61,1
cu eșecuri	33,4	66,6
Nevroze constituite		
dintre care:		
pacienți fără eșecuri	68,8	31,2
pacienți cu eșecuri	45,7	54,3
Dezadaptări acute		
dintre care:		
pacienți fără eșecuri	16,5	83,5
pacienți cu eșecuri	12,4	87,6

adaptare acută, instalarea afecțiunii după începerea studiilor universitare crește riscul eșecului școlar, fenomen care s-ar putea explica prin faptul că „vechiul" nevrotic a avut timp să se adapteze la noua sa „situație" de nevrotic, spre deosebire de cel care este „surprins" de impasul adaptativ în plină activitate, la care reacția va fi complet inadecvată și riscul de eșec mult mai mare.

Se constată (tabelul XXIX) că tînărul care abordează studiile universitare fiind deja purtătorul unei dezadaptări nevrotice, se decompensează în majoritatea cazurilor, încă din primii doi ani de studii, ceea ce-i facilitează în mod cert eșecurile școlare. Pe de altă parte, suprasolicitarea în condițiile nivelului ridicat al riscului de eșec la concursul de admitere în facultate, factor prezent la tinerii care sufereau deja de o dezadaptare acută în momentul începerii studiilor universitare, contribuie semnificativ la scăderea capacității lor de adaptare la noutatea mediului universitar, dovadă cei 65,3% care apelează la medicul specialist din primul an de studii.

Faptul că aproape jumătate dintre nevroticii cu eșecuri au fost obligați să repete anii III, IV, V sau VI (tabelul XXX) demonstrează că riscul de eșec nu scade substanțial nici după ce

TABELUL XXIX

Repartiția procentuală a pacienților cu eșecuri universitare grave în funcție de anul de studii frecventat în momentul în care au solicitat prima consultație la cabinetul de neuropsihiatrie

	Anul de studii			
	I	*II*	*III*	*IV–VI*
Nevroze constituite				
dintre care:				
bolnavi anterior admiterii în facultate	38,2	34,0	19,4	8,4
îmbolnăviți după admiterea în facultate	17,5	47,5	25,2	9,8
Dezadaptări acute				
dintre care:				
bolnavi anterior admiterii în facultate	65,3	21,7	8,7	4,3
îmbolnăviți după admiterea în facultate	25,8	24,5	30,0	19,7

TABELUL XXX

Ponderea fiecărui an de studii repetat de pacienții noștri

	An de studii repetat			
	I	*II*	*III*	*IV–VI*
Total	21,2%	34,6%	26,3%	17,9%
Nevroze constituite	18,6%	35,5%	26,9%	19,0%
Dezadaptări acute	26,8%	34,4%	21,6%	17,2%

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL XXXI

Repartiția procentuală a pacienților cu eșecuri universitare grave, în funcție de anul de studii în care au fost obligați să abandoneze studiile

	Anul de studii			
	I	*II*	*III*	*IV–VI*
Nevroze constituite	17,8	48,0	24,6	9,6
Dezadaptări acute	53,9	23,3	12,9	9,9

dificultățile adaptative din primii ani de studii au fost depășite. Fenomenul poate fi interpretat ca o reflectare a unor deficiențe de organizare și de desfășurare a procesului de învățămînt, dar și ca expresie a creșterii acuității competiției în vederea obținerii unei repartiții în producție cît mai corespunzătoare intereselor personale ale studentului, precum și adăugării problematicii induse de căsătoria unora dintre studenți.

Analiza datelor cuprinse în tabelul XXXI relevă faptul că din totalul pacienților noștri, care au abandonat studiile universitare, majoritatea frecventau primii doi ani de studii. Dacă printre cei eșuați încă din primii doi ani de studii s-ar putea presupune că unii erau inapți profilului facultății pentru care au optat, nu același lucru se poate afirma despre cei care nu reușesc să absolve facultatea, capotînd în ultimii ani. La aceștia din urmă ar putea fi implicată evoluția nefavorabilă a tulburărilor psihice determinată atît de factorii din constelația riscu-

TABELUL XXXII

Repartiția procentuală a pacienților cu eșecuri universitare grave, comparativ cu cei fără eșecuri, în funcție de evoluția dezadaptării nevrotice

	Vindecați și ameliorați	*Staționari*	*Agravați*
Total pacienți dintre care:			
fără eșecuri	64,0	20,5	15,5
cu eșecuri	44,2	28,8	27,0
Pacienți cu nevroze constituite dintre care:			
fără eșecuri	39,2	28,1	36,7
cu eșecuri	28,2	33,3	38,7
Pacienți cu dezadaptări acute dintre care:			
fără eșecuri	82,3	14,7	3,0
cu eșecuri	71,4	21,6	7,0

lui studii-sănătate, cît și de factori personali.

Așa cum rezultă din tabelul XXXII, agravarea dezadaptărilor nevrotice sub acțiunea intervenției eșecului universitar este evidentă.

În încheiere subliniem implicațiile social-economice complexe ale corelației nevroză-eșec, menționînd faptul că cei 500 de studenți nevrotici care au înregistrat eșecuri universitare grave — 35,8× din lotul celor 1 400 care au făcut obiectul studiului nostru — au costat: 600 de ani de repetență, 157 de internări în spital, cu 4 000 de zile de spitalizare și cca 25 000 de zile de concediu medical.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxie

Generalităţi

În opoziţie cu situaţia din unele state, în care profilaxia nu este susţinută cu fondurile necesare (465), în ţara noastră, principiile medicinii preventive se materializează în măsuri complexe de igienizare a mediului ecologic, în creşterea progresivă a nivelului de trai, a condiţiilor de viaţă şi de muncă ale întregii populaţii. Asistenţa medicală calificată şi gratuită este asigurată pe întreg teritoriul ţării, eficienţa ei fiind apreciată în funcţie de nivelul reducerii morbidităţii. Activitatea din acest domeniu este organizată ştiinţific şi dirijată de un Consiliu sanitar superior. Concomitenta legiferare a responsabilităţii tuturor factorilor medicali şi nemedicali pentru aplicarea măsurilor de igienă şi de profilaxie, precum şi intensificarea muncii de educare a populaţiei în vederea creşterii potenţialului de autoapărare a sănătăţii, deschid noi perspective de progres. În cadrul tuturor măsurilor preconizate, problemele tineretului se bucură de o atenţie prioritară.

Cunoscutei complexităţi a problemelor de profilaxie şi a celor de psihoprofilaxie, li se adaugă în cazul tineretului universitar aspecte proprii acestei categorii de tineri, induse de specificul lor ocupaţional. Astfel, solicitării intelectuale intense, dominată de o mare tensiune emoţională, generată de riscul de eşec şi de caracterul competitiv al activităţii, i se adaugă un statut profesional „în devenire" şi un statut social de „provizorat", ambele opunînd nerăbdării tînărului de a-şi dobîndi autonomia deplină, dependenţa economică. Datorită acestui statut propriu studentului, se constituie şi o etapă proprie de maturizare a personalităţii sale, postadolescenţa, care este dominată de procesul de definire a laturii afective şi a celei psihosociale — latura caracterial-educativă fiind deja conturată —, proces care se încheie numai după absolvirea studiilor universitare, odată cu inserţia tînărului în profesie şi în viaţă. Pe de altă parte, condiţiile specifice mediului universitar, contactul intim dintre membrii colectivităţii studenţeşti, colectivitate constituind un grup aparent omogen, dar heteromorf în realitate, datorită marii diversităţi a mentalităţilor şi deprinderilor imprimate fiecărui tînăr de mediul socio-

Scanned with OKEN Scanner

cultural de proveniență, reprezintă pentru tînărul care păşeşte pragul facultăţii un prim prilej de confruntare a imaginii sale ideale despre lume cu însăşi realitatea lumii. Această confruntare are loc pentru prima dată în viaţa tînărului „pe cont propriu" datorită scăderii autorităţii şi sprijinului parental, fapt ce explică nivelul ridicat al solicitării adaptabilităţii sale, atît la noul mediu, cît şi la stilul de viaţă şi de muncă universitară. Acestor solicitări li se suprapune şi trebuinţa rezolvării mature a problemelor sexualităţii, căutarea partenerului de viaţă. În sfîrşit, pe plan somatic, aspectele deja semnalate se materializează în prelungirea labilităţii neuro-endocrino-vegetative proprie etapelor anterioare ale dezvoltării sale, constituind un factor a cărui retroacţiune contribuie la întreţinerea unui grad de labilitate a psihismului său.

Tocmai faptul că studentul traversează o etapă în care păstrează trăsături proprii adolescenţei şi concomitent aspecte de adult, că unei maturităţi biologice i se suprapune o maturizare psihică încă în curs de desfăşurare, explică unele dintre aspectele sale contradictorii şi complexitatea problemelor pe care le ridică sprijinul multidimensional de care are nevoie acest tînăr din partea tuturor factorilor ce răspund de corecta sa definire ca persoană, ca cetăţean şi ca intelectual cu înaltă calificare.

Reţelei de ocrotire a sănătăţii tineretului universitar îi revine sarcina de a corecta deficienţele somatopsihice cu care tînărul păşeşte pragul facultăţii şi, concomitent prevenirea unor îmbolnăviri somatice sau demodulări psihice, care i-ar putea submina starea de sănătate pentru tot restul vieţii. Şi toate acestea într-o etapă scurtă, de tranziţie, ca aceea a studiilor universitare, în fiecare an reluînd fiecare acţiune cu noii admişi în facultate şi întrerupînd cursul acţiunilor începute la cei care absolvă. În aceste condiţii, eficienţa efortului slujitorilor medicinii universitare nu se reflectă în evoluţia indicilor de morbiditate — se referă la o populaţie în permanentă schimbare —, ci în starea de sănătate a absolvenţilor de-a lungul primilor 5—10 ani de la încadrarea lor în producţie. Dar aceste date lipsesc, pentru că odată transferat în grija reţelei medicale teritoriale, numai accidental medicul care l-a îngrijit în timpul studenţiei, mai află ce s-a întîmplat cu fostul său pacient. Organizarea unui sistem de urmărire a evoluţiei absolvenţilor, foşti studenţi-„problemă", ar scoate la lumină date deosebit de preţioase. În sfîrşit, în concordanţă cu tezele fundamentale ale medicinii preventive, prevenirea îmbolnăvirilor somatice sau psihice şi întărirea stării de sănătate sînt acţiuni pe care medicul le organizează şi le îndrumă, dar care incumbă participarea tuturor factorilor nemedicali, inclusiv a populaţiei asistate, la aceste acţiuni. Cu atît mai mult în cazul studenţimii, participarea activă la acţiunile de profilaxie a factorilor de răspundere implicaţi în educarea şi instruirea acestor tineri este obligatorie, cu cît nivelul performanţelor la învăţătură şi, în final, al pregătirii profesionale sînt nemijlocit influenţate de starea de sănătate a tînărului şi de interacţiunea dintre el şi mediul universitar.

Consideraţii de ordin profilactic privind condiţiile de viaţă ale studentului

Pentru studentul care continuă să locuiască împreună cu părinţii, aplicarea măsurilor de psihoigienă şi de psihoprofilaxie depinde într-o mare măsură de părinţi. Deşi confruntaţi cu tendinţa de desprindere totală a tînărului de sub tutela lor din clipa în care a devenit student, părinţii — adaptîndu-şi metodele de influenţare cu tact la noua situaţie — trebuie să-l determine pe tînăr să înţeleagă utilitatea aplicării normelor de igienă şi de psihoigienă în întreaga sa activitate, pentru că altfel îi

Scanned with OKEN Scanner

vor fi zădărnicite eforturile şi compromise performanţele la învăţătură. Medicul studenţilor, în calitatea sa de confident al lor şi de mediator între ei, părinţi şi autoritatea instituţională trebuie să-şi asume nu numai funcţie de medic şi de îndrumător în problemele de sănătate, ci şi pe aceea de consilier al studentului în problemele ridicate de frămîntările sale interne, de efortul său de adaptare la realităţile lumii, precum şi la exigenţa universitară.

Pentru studentul originar din afara centrului universitar, departe de părinţi, problematica menţionată devine şi mai complexă, iar munca medicului şi mai încărcată de răspundere, întrucît el trebuie să-şi asume şi rolul de locţiitor al autorităţii parentale.

Deşi statul a investit sume uriaşe, asigurînd condiţii corespunzătoare de viaţă şi de muncă studenţilor, rapida dezvoltare a învăţămîntului superior din ţara noastră determină apariţia permanentă a unor noi probleme.

Abitaţia în căminele studenţeşti, pe lîngă influenţa pe care o exercită asupra sănătăţii somatice, trebuie privită şi prin prisma rolului jucat de mediul psihologic din cămin asupra maturizării personalităţii. Contactul intim dintre studenţii creează condiţii favorabile transferului de mentalităţi, de deprinderi şi de atitudini, sprijină maturizarea afectivă şi pe cea psihosocială, dezvoltă adaptabilitatea. Aceasta înseamnă că pe lîngă asigurarea confortului şi a condiţiilor de igienă, la a căror îmbunătăţire studenţii sînt direct implicaţi prin activitatea lor de autogospodărire, este necesară o permanentă preocupare pentru psihoigiena climatului din cămine, întrucît acolo se desfăşoară o mare parte din studiul individual şi tot acolo se manifestă cel mai puternic influenţele interpersonale. În acest sens, supravegherea respectării normelor de convieţuire din cămine reprezintă o importantă măsură psihoprofilactică.

La fel de importante pentru viaţa şi activitatea studentului din cămin sînt sălile de lectură, spaţiile necesare primirii oaspeţilor şi practicării culturii fizice şi sportului, precum şi o judicioasă repartizare a tinerilor în camere, în funcţie de facultatea şi anul de studii frecventat, eventual şi în funcţie de afinităţile personale. De asemenea amplasarea căminelor în zonele intens poluate fonic ale oraşului, departe de cantină şi de locul de desfăşurare a procesului de învăţămînt, poate submina atît rezultatele la învăţătură, cît şi starea de confort psihic.

O contribuţie la evitarea apariţiei sentimentului de izolare afectivă pe care-l trăiesc unii dintre studenţii aflaţi departe de familie şi de mediul în care au copilărit, o au vizitele neorganizate, efectuate de cadrele didactice şi de către medici în cămine, care facilitează contactul „de la om la om", realizarea unei apropieri afective între aceştia şi tineri, creşterea stimei rezervată educatorilor şi implicit a motivaţiei pentru o bună pregătire profesională. Sprijinul acordat pe această cale bunei lor pregătiri, coincide cu cel destinat facilitării adaptării şi maturizării, prin prilejul cunoaşterii mai îndeaproape a modelelor lor de identificare reprezentate de cadrele didactice.

În prezent, în ţara noastră raţia alimentară şi condiţiile de igienă sînt asigurate integral la cantinele studenţeşti. O problemă dificilă o reprezintă ritmicitatea alimentaţiei studentului care, uneori, sub presiunea lipsei de timp, renunţă la una sau mai multe mese, cu intenţia de a cîştiga cîteva ore, necesare studiului individual sau rezolvării unor probleme personale. Deşi se poate vorbi de cauze subiective, care conduc la greşelile semnalate, există şi cauze obiective, cum sînt supraîncărcarea orarelor în anumite zile, supradimensionarea temelor pentru acasă, distanţele dintre cămin, cantină şi sălile de curs, timpul consumat din cauza aglomerării în orele de vîrf la cantine etc.

În ceea ce priveşte timpul „liber" al studentului, sînt organizate numeroase

Scanned with OKEN Scanner

forme de activitate cultural-educativă, cum sînt echipele de dansuri sau de teatru, ansamblurile muzicale şi corale, cercurile pentru cinefili, cenaclurile literare etc., completate de programele oferite la casa de cultură a studenţilor, unde serile de dans sînt precedate de întîlniri cu oameni de artă şi de cultură, de prezentări de filme, concerte sau spectacole. Taberele de odihnă şi excursiile, cu vizitarea obiectivelor industriale, culturale şi istorice, locurile pitoreşti din ţară, completează aceste activităţi organizate.

Supraîncărcarea cu sarcini a studentului induce adesea o penurie a timpului său propriu-zis „liber", timp necesar meditaţiei, desprinderii sale temporare de obligaţiile curente, timp în care să poată răspunde chemărilor firești ale vîrstei. Limitarea excesivă a acestui timp influenţează negativ nu numai performanţele le învăţătură, ci şi calitatea acumulărilor şi creativitatea. Datorită solicitării unilaterale, munca fiind percepută ca o frustrare, scade motivaţia şi, chiar dacă rezultatele aparente sînt satisfăcătoare, îşi face loc uneori un sentiment de nerealizare, cu implicaţii nefavorabile atît în ceea ce priveşte desfăşurarea procesului de maturizare, cît şi în direcţia formării studentului pe plan profesional.

Pe de altă parte, dacă pentru practicarea sportului competiţional există condiţiile necesare, spaţiile şi terenurile din incinta sau din vecinătatea căminelor, unde tinerii ar putea practica în mod neorganizat un antrenament fizic sau un joc sportiv, sînt încă insuficiente. Această problemă este importantă pentru că tensiunea emoţională generată de riscul de eşec şi de suprasolicitarea intelectuală, precum şi caracterul sedentar al activităţii favorizează instalarea distoniilor vegetative şi apariţia unor reacţii psihogene dezadaptate.

În sfîrşit, activitatea de cultură fizică şi sport, actualmente obligatorie numai pentru studenţii din primii doi ani de studii, s-ar putea generaliza la toţi anii, dar cu condiţia adaptării exerciţiilor şi mai ales a normelor la nivelul real al posibilităţilor şi condiţiei fizice, destul de redusă la mulţi dintre absolvenţii de liceu (354). Programul insuficient de atrăgător, normele ridicate şi sistemul de acordare a notelor pentru activitatea de cultură fizică, determină pe unii dintre studenţi să se sustragă de la această activitate pe care o percep ca pe o frustrare. Se compromite astfel însuşi scopul acţiunii, acela de consolidare a sănătăţii somatice şi a echilibrului psihic, precum şi de fixare a acestor deprinderi la tineri. Este elocvent în acest sens studiul efectuat de Maria Belloiu (28), care demonstrează rezultatele semnificative obţinute de-a lungul etapei studiilor universitare cu ajutorul unui program raţional de cultură fizică, chiar şi la tinerii cu disarmonii somatice.

Psihoigiena şi psihoprofilaxia în organizarea procesului de învăţămînt

Medicina muncii universitare postulează necesitatea adaptării tînărului la exigenţa universitară, dar concomitent şi adaptarea universităţii la tînăr. În acest spirit, modernizarea şi umanizarea învăţămîntului sînt concepute ca un proces complex de transformări ale strategiei şi metodologiei aparţinînd pedagogiei tradiţionale — adaptarea metodelor de predare la spiritul vremii şi la nivelul cuceririlor ştiinţei şi tehnicii contemporane — vizînd atît creşterea eficienţei, cît şi atenuarea riscului studii-sănătate.

Un prim aspect al umanizării învăţămîntului constă din raţionalizarea solicitării studentului, deziderat esenţial astăzi, cînd volumul cunoştinţelor necesare activităţii profesionale creşte vertiginos. Cum însă adesea „noul" este adăugat şi nu înlocuieşte ceea ce s-a perimat, programele analitice şi orarele zilnice şi săptămînale ale studentului

Scanned with OKEN Scanner

sînt încărcate progresiv, depăşind limitele stabilite de normele de psihoigienă. Temele de casă, proiectele, temele de cercetare, practica productivă şi bineînţeles studiul individual, impun adesea studentului o curbă de efort cu oscilaţii mari, cu perioade de muncă în asalt, în care activitatea sa se prelungeşte ore după miezul nopţii, ceea ce determină o scădere a calităţii acumulărilor, o hiperactivare psihică, creşterea riscului de eşec, dar şi o diminuare a eficienţei integrării învăţămîntului cu cercetarea şi cu producţia. Ar fi deci necesară o mai bună coordonare a activităţii sale, întrucît uneori anumite catedre trasează studenţilor sarcini fără să ţină seama de ansamblul obligaţiilor lor şcolare şi extraşcolare, stabilesc teme de cercetare ce reclamă un volum de muncă superior timpului efectiv de care dispune tînărul şi, datorită atractivităţii exercitate de efectuarea unei cercetări, acesta poate aluneca pe panta neglijării sarcinilor sale curente, ceea ce se soldează cu nepromovarea examenelor.

Dar suprasolicitarea, care se manifestă frecvent la studenţii din primii doi ani de studii sub forma unor impasuri adaptative, are adesea rădăcini adînc implantate în etapa studiilor liceale. Probleme ca aceea a orientării şcolare şi profesionale, a cultului notei maxime, a fluenţei dintre nivelul pregătirii liceale şi cel din facultate, a stării de alertă generată de efortul din ultimii ani ai liceului în vederea pregătirii pentru concursul de admitere în facultate, dar şi de neliniştea manifestă a părinţilor şi de presiunea exercitată asupra acestor tineri, contribuind la nivelul exagerat de prospectare a unui eventual eşec, fac ca de la început proaspătul student să întîmpine dificultăţi de adaptare la stilul de muncă şi la exigenţele universitare. Dacă a reuşit la primul concurs de admitere, eventualele lacune ale pregătirii sale de bază, ritmul alert şi nivelul ridicat al primelor cursuri, efortul de adaptare la noutatea mediului universitar şi mai ales de trecere de la învăţarea receptivă, proprie elevului de liceu, la învăţarea selectivă impusă de studiile universitare, acţionînd asupra unui tînăr deja surmenat, facilitează dublul eşec adaptativ şi şcolar. Pe de altă parte, în cazul unui prim eşec la concursul de admitere, tînărul cu performanţe anterioare foarte bune la învăţătură, suferă de pe urma instalării unui sentiment de inferioritate, se autosubestimează datorită dubiilor în legătură cu aptitudinile şi nivelul său de pregătire, fenomene ce se răsfrîng negativ asupra psihismului şi activităţii sale, după ce a reuşit să fie admis în facultate în urma unui nou concurs.

Pentru eliminarea acestor factori negativi, în perioada efectuării prezentei cercetări s-au întreprins în ţara noastră o serie de acţiuni importante, începînd cu activitatea de orientare şcolară şi profesională şi terminînd cu înfiinţarea liceelor de specialitate şi profesionale. Totuşi înfiinţarea liceelor de specialitate acutizează problema orientării şcolare şi profesionale, care se cere începută din timp, desfăşurată în echipă şi cu concursul părinţilor. În această privinţă trebuie subliniată dificultatea „raţionalizării" aspiraţiilor părinţilor, care se lasă greu convinşi de importanţa concordanţei dintre aptitudini, vocaţie şi opţiunea şcolar-profesională, acordînd prioritate criteriilor subiective şi făcînd abstracţie de perspectivele întunecate pe care le rezervă copiilor, pe care îi expun la eşecuri şcolare şi la o eventuală activitate profesională lipsită de satisfacţii.

Pe de altă parte, orientarea şcolară şi profesională traversînd încă o perioadă de început, iar concursul de admitere realizînd uneori o selecţie a candidaţilor mai mult în funcţie de volumul cunoştinţelor acumulate decît de aptitudinile de care dispun, tinerii care reuşesc să depăşească acest prag, neînzestraţi cu aptitudinile şi vocaţia corespunzătoare, constată curînd că le este imposibil să suplinească aceste lipsuri prin majorarea efortului, astfel încît

Scanned with OKEN Scanner

eşuează într-o dezadaptare nevrotică noogenă, caracterizată de apariţia sentimentului de nerealizare, de nonsens al continuării străduinţelor şi de golire de semnificaţie a viitorului. De aici decurge importanţa creşterii activităţii de orientare şcolară şi profesională.

Informările periodice asupra condiţiilor obligatorii pentru admiterea la concurs — inclusiv condiţiile medicale — şi asupra perspectivelor de încadrare în producţie după absolvirea facultăţii, precum şi asupra conţinutului real al muncii profesionale, microprofesiogramele, sînt extrem de utile în acest sens. În schimb, pe lîngă cursurile pregătitoare organizate pentru absolvenţii de liceu de către institutele de învăţămînt superior în vederea concursului de admitere, nu trebuie diminuate eforturile în vederea creşterii ponderii testării aptitudinilor în cadrul acestui concurs, iar în ultimii ani de liceu, elevul trebuie iniţiat în direcţia însuşirii unor metode de învăţare cu randament. Legat de acest ultim aspect este recomandabil ca mai ales pentru studenţii din primul şi al doilea an de studii să nu se uite că: „A învăţa pe student să înveţe, înseamnă îndrumare eficientă în organizarea muncii, în planificarea timpului, într-un cuvînt, adaptarea lui la stilul de muncă universitar . . .“ (383), reprezintă un act important de psihoprofilaxie.

Dar există şi tineri expuşi încă de la începerea activităţii lor în facultate, riscului reprezentat de cultul notei maxime, inoculat de părinţi încă din copilărie, dezvoltat adesea în şcoala generală şi în liceu, favorizat şi de largheţea cu care se mai acordă notele mari de către unii profesori. Cunoscut fiind faptul că nota, devenită un scop în sine, poate compromite calitatea asimilării cunoştinţelor şi implicit formarea gîndirii şi a creativităţii, subliniem faptul că, fără a nega rolul stimulativ al calificativelor, exagerările sînt pe cît de inoportune, pe atît de dăunătoare. Pe lîngă favorizarea structurării unei false imagini asupra nivelului propriilor aptitudini şi acumulări, imagine care se răsfrînge asupra nivelului aspiraţiilor, punîndu-l pe tînăr — în momentul confruntării potenţialului său cu exigenţa universitară — în situaţia de a înregistra eşecuri nescontate şi reacţii dezadaptate de tipul inhibiţiei în examen sau al fobiei de examene. Acest fenomen poate conduce la ratarea studiilor universitare de către tineri cu reale calităţi.

Al doilea deziderat ce derivă din „umanizarea“ învăţămîntului constă din adaptarea metodelor psiho- şi ortopedagogice folosite de cadrele didactice, la particularităţile fiecăruia dintre studenţii cu care lucrează. Desigur că în etapa actuală, avînd în vedere raportul existent între numărul cadrelor didactice şi cel al studenţilor, nu se poate spera mai mult decît luarea în considerare măcar a studenţilor-„problemă“. Această măsură psihoprofilactică reclamă înainte de orice selecţionarea tinerelor cadre didactice din rîndul celor care manifestă vocaţie pentru o astfel de activitate, testarea personalităţii lor, care slujeşte ca model de identificare pentru tinerii în curs de maturizare, şi instruirea celor admişi în rîndurile personalului didactic în problemele de orto- şi psihopedagogie, necesitate subliniată de numeroşi autori (13; 222; 413; 469). În felul acesta creşte sprijinul acordat efortului de adaptare al tînărului, cunoaşterea personalităţii şi problematicii fiecăruia dintre discipoli fiind premisa corectei sale îndrumări. Se realizează astfel şi acea relaţie afectivă student-cadru didactic care înlesneşte dezvoltarea stimei tînărului pentru maestrul său şi implicit un plus de motivaţie pentru pregătirea sa profesională. Ca o consecinţă, caracterul stressant al climatului în care se desfăşoară încă unele examene ar dispărea, studentul ştiind că asistentul — veriga de legătură dintre el şi profesor — îi cunoaşte nu numai activitatea, ci şi personalitatea şi pro-

Scanned with OKEN Scanner

blematica reală cu care este confruntat, putîndu-l sprijini în situaţia în care ar fi expus riscului unui eşec nemeritat. Este cert că astfel s-ar evita multe dintre situaţiile penibile în care tineri dotaţi şi bine pregătiţi se inhibă în examen datorită emotivităţii lor excesive. În acelaşi sens pledează şi concluziile Conferinţei internaţionale de igienă mintală desfăşurată în 1961 în Elveţia (13), care recomandă ca orice student care eşuează de două ori consecutiv la acelaşi examen, să fie reexaminat de profesor în prezenţa unui psiholog. Ideea aceasta o întîlnim aplicată şi în Franţa (85), unde studenţii cu eşecuri repetate şi grave sînt examinaţi de o echipă formată dintr-un medic, un psiholog, o asistentă de ocrotire şi un documentarist, echipă care decide eventuala reorientare profesională a studentului-problemă şi modalităţile de recuperare a celor handicapaţi din diferite motive.

În încheiere, subliniem încă o dată faptul că respectarea normelor de psihoigienă şi de psihoprofilaxie reprezintă piatra unghiulară pentru reducerea morbidităţii prin afecţiuni nevrotice şi infranevrotice, somatice — psihosomatice în special — şi concomitent o contribuţie la scăderea ratei eşecurilor universitare, precum şi la creşterea nivelului de pregătire profesională a studentului.

Creşterea capacităţii de autoapărare a sănătăţii

Instruirea studentului în problemele de sănătate vizează fixarea unor deprinderi care să-i permită, concomitent cu o bună pregătire profesională, păstrarea şi consolidarea propriei sănătăţi, precum şi definirea armonioasă a personalităţii sale. Acest demers educaţional trebuie conceput ca o continuare a acţiunilor întreprinse anterior de către părinţi şi de şcoală. Etapa studiilor universitare coincizînd cu postadolescenţa, echivalează cu o ultimă perioadă în care unele laturi ale personalităţii mai pot fi şlefuite — latura caracterial-educativă — iar altele — afectivă, psihosocială şi cognitivă —, dezvoltate şi direcţionate corespunzător particularităţilor individuale şi cerinţelor vieţii şi societăţii. În această direcţie, prezentul trebuie abordat în perspectiva viitorului, care înseamnă de fapt, întreaga sa viaţă socială, profesională şi personală. Tocmai de aceea, efortului destinat dezrădăcinării unor mentalităţi şi deprinderi nesănătoase, fixate anterior, trebuie să i se adauge şi o investiţie susţinută şi plină de tact, care să-i faciliteze asimilarea concepţiilor, atitudinilor şi comportamentelor indispensabile corectei sale inserţii în viaţă şi profesie. Şi toate acestea într-o etapă de tranziţie destul de scurtă şi marcată de refractarismul juvenil remanent, de tendinţa tînărului de a se desprinde de modelele parentale de identificare, de căutare a unor modele noi şi de graba sa de a-şi dobîndi o autonomie şi un statut social propriu.

Toţi factorii menţionaţi reclamă din partea celor cărora le revine sarcina sprijinirii şi îndrumării studentului, înţelegere, tact şi perseverenţă şi, mai presus de orice, *un mare ataşament pentru aceşti tineri şi pentru problemele lor.*

Medicul studenţilor îndeplinind şi funcţia de educator, trebuie să reprezinte un model de identificare atît ca om de specialitate, cît mai ales ca ţinută etică. Penetrabilitatea îndrumărilor sale depinde în primul rînd de înţelegerea şi de afecţiunea pe care le investeşte în demersul său vizînd adaptarea lor la exigenţa universitară şi la solicitările vieţii. Folosirea în acest scop a unor metode scolastice, bazate pe rigiditate şi constrîngere, este inoperantă, declanşînd fie rezistenţă, fie indiferenţă. Garanţia eficienţei demersului educativ este asigurată de disciplina liber consimţită, rod al stimei acordate de tînăr educatorului, indiferent dacă

Scanned with OKEN Scanner

este vorba de instruirea profesională sau de direcționarea personalității.

Pe de altă parte, atitudinile adoptate de educatori ca urmare a retrospectării propriei adolescențe, desconsiderînd particularitățile imprimate de contemporaneitate personalității și comportamentului tinerilor, încercările de a le impune unele mentalități perimate ce nu țin seama de transformările ce s-au produs în lume, sînt atitudini rupte de realitate și compromit demersul educativ. Deci, cunoașterea studentului, realizată printr-un contact direct și prelungit cu el și cu problemele sale, devine o condiție de bază pentru a putea aspira la rolul de confident și de sfătuitor al său, întrucît acest rol nu se asumă, ci se cucerește cu prețul firesc al afecțiunii și înțelegerii sale. Astfel, orgoliul juvenil se opune dezvăluirii rezonanței afective a tînărului la tot ce se întîmplă în jurul său, frămîntărilor, trebuințelor și intereselor sale, care-l asaltează și pentru a căror soluționare aspiră la sprijin, dar nu-l acceptă oricum și de la oricine. Numai cunoscînd aceste aspecte paradoxale și înțelegîndu-le substratul, medicul va reuși să diferențieze forme extreme ale comportamentului juvenil — teribilism, opoziționism, conformism la nonconformism, inconsecvență — de manifestările defectelor de educație și, respectiv, de boala psihică. Astfel va putea identifica problematica reală, momentele, căile și tacticile adecvate demersului educativ.

Adoptarea acestei concepții și a atitudinii ce derivă din ea nu echivalează nicidecum cu renunțarea la autoritate, pentru că înțelegerea față de dificultățile sale, față de mentalitățile și căutările proprii vîrstei nu implică acceptarea abaterilor de la normele de conduită și nici favorizarea eludării sarcinilor sale. Înțelegerea este concepută în cazul dat ca o cale de acces spre cunoașterea lui și spre structurile sale, motiv pentru care se impune și adaptarea atitudinii la particularitățile structurii și situației fiecăruia.

Medicul este obligat să-și adapteze chiar și limbajul, recomandările și logica aplicării măsurilor și metodelor preconizate, sistemului propriu studentului, nivelului său de instruire și gradului de maturizare, știut fiind că tînărul nu acceptă imixtiuni în trăirile și mentalitățile sale intime, că refuză tentativele de a i se face ordine în forul său interior. Mergînd pe firul logic al considerațiilor de mai sus, ajungem la concluzia că educarea studenților în vederea creșterii capacității de autoapărare a propriei sănătăți, trebuie să fie guvernată de principiile de bază ale discuției psihoterapeutice, formele cele mai eficiente fiind discuția cu grupuri mici și dialogul, iar girul eficienței, relația terapeut-pacient. Se ridică însă problema dificultății cuprinderii populației studențești, cadrele de specialitate fiind limitate. Singura soluție este antrenarea cadrelor didactice în această acțiune, coordonată de medic. În ceea ce privește dialogul purtat în cabinetul medical, dincolo de utilitatea sa pentru pacientul respectiv, se poate miza pe difuzarea informațiilor dobîndite de acesta printre colegi, fenomen de mare însemnătate, dată fiind penetrabilitatea informațiilor „la același nivel", în cadrul microgrupului.

Deși se mai exprimă îndoieli, interesul studentului pentru problemele legate de sănătatea sa este cu mult superior aparențelor. Astfel, un sondaj efectuat într-un lot de cca 2 600 de studenți (212) a furnizat următoarele rezultate: dintre cei chestionați, 21% doreau să învețe metode de călire a organismului, 18% erau interesați de modalitățile de îmbinare armonioasă a studiului individual cu odihna, 16% de alimentația rațională, 13% de noțiunile de igienă generală, 13% de problemele de sexologie și 14% de activitatea nervoasă superioară, de cauzele și mijloacele psihoprofilactice ale nevrozei. Iată dovada că studentul intuiește

Scanned with OKEN Scanner

lacunele cunoştinţelor sale şi că doreşte să ştie, pentru a se putea apăra. Deci, lipsa lor de receptivitate la „sfaturi" este un mit şi dacă întîlnim încă această situaţie, ea se datoreşte formelor inadecvate sub care se administrează uneori sfaturile.

În ceea ce priveşte tematica informării lor în domeniul igienei şi profilaxiei, alături de problematica prevenirii îmbolnăvirilor somatice şi psihice, se detaşează problemele legate de igiena muncii intelectuale — inclusiv de tehnici de învăţare cu randament calitativ şi cantitativ corespunzător — şi cele legate de sexualitate.

Probleme de asistenţă neuropsihiatrică

Profilaxia afecţiunilor nevrotice ale studentului începe cu profilaxia accidentelor perinatale, fapt demonstrat şi de prezentul studiu, întrucît sechelele anatomice şi funcţionale pe care le lasă orice insultă a creierului imatur, poate reprezenta substratul terenului favorabil instalării unei demodulări psihice.

Paralel cu toate măsurile de profilaxie, toate celelalte măsuri menite să asigure o dezvoltare somatopsihică armonioasă — cultura fizică, educarea maselor în problemele de psihoigiena mediului familial şi de ortopedagogie parentală, instruirea cadrelor didactice în probleme de sănătate, temeinicia orientării şcolare şi profesionale, măsurile de continuă îmbunătăţire a procesului de învăţămînt din şcoala elementară şi din liceu etc. — reprezintă concomitent şi acţiuni de profilaxie a dezadaptărilor nevrotice la student. În acest sens, medicii pediatri şi medicii şcolari, în colaborare cu familia şi cu toţi factorii implicaţi în educarea populaţiei tinere, pot şi trebuie să-şi aducă contribuţia. În măsura în care această muncă *în echipă* va da roade, morbiditatea psihiatrică a studenţilor va scădea.

Fişa de sănătate şi fişa de orientare profesională a absolventului de liceu, astăzi în vigoare, sînt instrumente de lucru preţioase atît pentru creşterea eficienţei triajului medical, cît şi a celui aptitudinal din cadrul concursului de admitere în facultate. Fişa de sănătate, oglindind istoria somatopsihică a absolventului de liceu, poate servi ca termen de comparaţie pentru bilanţul de sănătate efectuat în ultimii ani de studii universitare şi permite prin aceasta o evaluare realistă a efortului de adaptare a studentului la noutatea mediului şi exigenţei universitare şi, indirect, la identificarea şi ierarhizarea factorilor ce alcătuiesc riscul studii-sănătate. Se edifică astfel baza ştiinţifică indispensabilă alcătuirii planului de măsuri destinate reducerii progresive a morbidităţii.

Medicii afectaţi ocrotirii sănătăţii studenţilor trebuie selecţionaţi în funcţie de trăsăturile personalităţii şi de ataşamentul lor faţă de problemele tineretului, cerîndu-li-se să dispună de o pregătire medicală polivalentă, de un fin spirit de observaţie, de o gîndire medicală şi de un simţ clinic deosebit. Instruiţi în materie de psihologie medicală şi pedagogică, de ortopedagogie şi de sexologie, informaţi asupra aspectelor particulare proprii medicinii universitare, ei vor putea deveni, activînd în cadrul spitalului studenţesc, adevăraţi consilieri ai tinerilor lor pacienţi, ca şi ai conducerilor universitare. Această activitate strîns intricată cu cea medicală propriu-zisă, dublată de o personalitate caracterială şi ştiinţifică demnă de a servi ca model de identificare pentru student, se înscrie pe linia adevăratei *medicini a omului integral* şi a *medicinii preventive*. Nu trebuie omis nici un moment faptul că studentul este un tînăr cu un statut social şi profesional aparte, că el întruneşte concomitent aspecte proprii adultului cu aspecte ce aparţin adolescenţei şi că el traversează o ultimă etapă de maturizare a personalităţii, etapă

Scanned with OKEN Scanner

premergătoare inserției sale propriuzise în viață și societate. Iată de ce medicului acestei categorii de tineri i se cere o formare specială, indispensabilă atît diferențierii normalului de patologic, depistării afecțiunilor în stadiul infraclinic, cît și sprijinirii efective a corectei definiri a personalității lor și a pregătirii inserției lor în viață.

În calitatea sa de „consilier permanent și imparțial" (13), de „auxiliar educativ al universității" (13) și de „verigă de legătură între autoritatea parentală, student și autoritatea instituțională", medicului studenților i se cere nu numai să identifice carențele tînărului, pe cele ale desfășurării procesului de învățămînt și pe cele ale relațiilor dintre el, familie și universitate, ci să și acționeze în colaborare cu ceilalți factori la înlăturarea aspectelor deficitare. Pentru a putea răspunde acestor chemări complexe, medicul studenților trebuie să dispună, pe lîngă calitățile sale intelectuale și afective, etice și civice, de atributele unui om de știință devotat cauzei tineretului universitar (Donady și Buscaglione, 71). Este o condiție necesară cîștigării prestigiului față de pacienți și față de autoritatea instituțională, singura cale de a asigura penetrabilitatea recomandărilor sale cu caracter profilactic (309). Cercetarea este cu atît mai necesară, cu cît medicina universitară este o ramură nouă a medicinii, iar psihiatria universitară a început să-și structureze statutul abia de prin anii '60. Dar difuzarea cunoștințelor acumulate în acest domeniu este un deziderat de a cărui realizare depinde accelerarea progresului în direcția aplicării măsurilor de psihoigienă și de psihoprofilaxie în învățămîntul superior.

Toate problemele menționate îi privesc pe toți medicii din rețeaua de ocrotire a sănătății studenților, dar mai cu seamă pe neuropsihiatru, care este mai direct implicat în sprijinirea maturizării și adaptării tînărului (13; 71; 173; 309; 424; 469). Ca specialist, i se cere o mare finețe de discriminare a normalității psihice de patologic, iar ca locțiitor al autorității parentale, trebuie să găsească soluții pertinente întregii game de probleme cu care sînt confruntați pacienții săi, începînd cu cele școlare și terminînd cu cele personale și sociale. Aceasta implică, pe de o parte participarea tuturor forurilor nemedicale angrenate în munca de instruire și educare a tinerilor la acțiunile pe care le preconizează, iar pe de altă parte, existența unei echipe formată din neurolog, psihologi și asistente de ocrotire, condusă de psihiatru.

În momentul de față există mai multe forme de asistență psihiatrică a studenților: servicii de îndrumare psihologică, servicii de asistență psihologică cu secții separate — medicală, socială și psihologică —, servicii deschise cu paturi sau servicii cuprinzînd staționar și ambulator cu cabinete de neurologie, psihiatrie și psihologie, așa cum funcționează în Centrul universitar București. Experiența acumulată pînă în prezent atestă utilitatea acestor servicii, diversitatea formelor lor de organizare permițînd o conturare mai clară a direcțiilor de dezvoltare a activității lor, una dintre problemele majore care se profilează fiind cuprinderea întregii mase de studenți în acțiunile de psihoprofilaxie, ceea ce va deveni posibil numai prin extinderea acestor servicii.

*

Individualizarea psihiatriei universitare reprezintă un pas înainte pe calea cunoașterii tinerelor generații de studenți contemporani și a problemelor proprii etapei studiilor universitare pe care o traversează. Aportul medicilor care i s-au dedicat se concretizează în diminuarea virulenței factorilor de risc studii-sănătate, în creșterea sprijinului acordat studentului atît pentru definirea armonioasă a personalității sale,

Scanned with OKEN Scanner

cît şi pentru pregătirea lor corespunzătoare exigenţelor în continuă creştere ale societăţii. Odată depăşită etapa „pionieratului", medicina muncii universitare, în care se încadrează şi psihiatria universitară, este în măsură să-şi aducă o contribuţie din ce în ce mai eficientă la apărarea şi întărirea sănătăţii somatice şi mintale a viitorilor intelectuali cu înaltă calificare, participanţi la progresul cunoaşterii şi al societăţii.

Bibliografie

1. ABRAHAM G. — *Méd. Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1782.
2. ACHTÉ A. K. — *Presse. méd.*, 1962, *70*, 6, 307.
3. * * * — *Actualités neurophysiologiques*, VI-e série, Masson et Cie, Paris, 1965.
4. ALBY J. M. — *Gaz. méd. Fr.*, 1968, *75*, 12, 2451.
5. ALEXANDRESCU M. — *Igiena (Buc.)*, 1972, *21*, 12, 755.
6. ALEXANDROWICZ J., PAWLIK L., FEODOROWICZ J., SKOTNIKA A., SZNAJD J., WESELUCHA P. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)*, 1968, *20*, 2, 45.
7. ANTAL A. — *Viaţa med.*, 1967, *14*, 8, 564.
8. ARGINTARU D. — *Stud. Cercet. Neurol.*, 1964, *9*, 5—6, 423.
9. ARIËNS E. J. — *Med. Prisma*, 1970, 2.
10. ARSENI C., MARETSIS M., NEDELCU A. — *Neurologia (Buc.)*, 1971, *16*, 2, 109.
11. ARTNER J. — *Hexagone*, 1977, *5*, 1, 18.
12. ASGIAN B., POPOVICIU L. — *Neurologia (Buc.)*, 1969, *14*, 3, 245.
13. * * * — Atti del IV Congresso internazionale di igiena e medicina scolastica ed universitaria, Roma, 1963.
14. AUBRY M., PIALOUX P. — Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie, tom. I, fasc. 17 018, C 10.
15. BAIER H. — *Hippokrates (Stuttg.)*, 1965, *36*, 20, 795.
16. BANCAUD J., BONIS A., COVELO L., CROISÉ B. — *Rev. neurol.*, 1967, *117*, 1, 252.
17. BAROLIN G. S. — *Ciba Revue*, 1976, 4.
18. BARUK H. — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale, Masson et Cie, Paris, 1938.
19. BASQUIN M., VIDLÖCHER D. — *Rev. Prat. (Paris)*, 1966, *16*, 13, 1797.
20. BATTEGAY R. — *Hexagone*, 1975, *3*, 2, 18.
21. BĂLĂCEANU C., NICOLAU ED. — Personalitatea umană, Edit. Junimea, Iaşi, 1972.
22. BEGU D. — *Neurologia (Buc.)*, 1964, *9*, 4, 325.
23. BELCIUGĂŢEANU C. — *Neurologia (Buc.)*, 1961, *6*, 5, 419.
24. BELCIUGĂŢEANU C. — *Neurologia (Buc.)*, 1962, *7*, 5, 417.
25. BELCIUGĂŢEANU C. — *Neurologia (Buc.)*, 1963, *8*, 5, 413.
26. BELCIUGĂŢEANU C. — *Neurologia (Buc.)*, 1965, *10*, 6, 499.
27. BELCIUGĂŢEANU C., STURZA ALINA, MOISE G. — *Neurologia (Buc.)*, 1964, *9*, 6, 497.
28. BELCIUGĂŢEANU C., CIUPAGEA D., PIRÉE S., BORCEA A., ELIAS S., MIRONŢOV V., RETEZEANU ALEXANDRINA — *Neurologia (Buc.)*, 1965, *10*, 2, 109.
29. BELCIUGĂŢEANU C., IONESCU G., BRASLĂ NATALIA, ELIAS S., DIACICOV C., TIMOFTE GINA, FLORESCU D., POPESCU VASILICA, WOLEZ VIORICA, TEODORESCU MARIA, COVALOV-IONIŢĂ XENIA — *Neurologia (Buc.)*, 1968, *13*, 3, 255.
30. BELCIUGĂŢEANU C., ŞTEFĂNESCU P., VRABIE ELENA — *Neurologia (Buc.)*, 1969, *14*, 2, 167.
31. BELLOIU MARIA — Cercetarea potenţialului biologic la tineri, Ed. medicală, Bucureşti, 1972.
32. BENEDETTI G. — *Hexagone*, 1979, *7*, 1, 7.
33. BERNTHAL I., FAIBIŞ A. — *Neurologia (Buc.)*, 1970, *15*, 1, 77.
34. BEST H. C., TAYLOR B. N. — Bazele fiziologice ale practicii medicale, Edit. medicală, Bucureşti, 1958.
35. BEUCHER M. — *Rev. Prat. (Paris)*, 1966, *16*, 13, 1765.
36. BIRKMAYER W. (sub red.) — Anfall, Verhalten, Schmerz, Huber Hans, Berna, 1976.
37. BIZOŃ Z., SMOLA M. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)*, 1968, *20*, 7, 277.
38. BJÖRNTORP PER — *Med. Prisma*, 1972, 5.
39. BLEULER E. — Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1962.
40. BOEGNER-PLICHER M. — *Gaz. méd. Fr.*, 1968, *75*, 12, 2431.

Scanned with OKEN Scanner

41. BOLOGA L. V., BRĂTESCU G., DUȚESCU B., — Istoria medicinii românești, Edit. medicală, București, 1972.
42. BOREL J. — *Neurologia (Buc.)*, 1966, *11*, 1, 92.
43. BOREL J. — L'étiologie des maladies mentales, Causse-Castelnau, Montpellier, 1967.
44. BOTEZ M., SEN A., DOBROTĂ I. — *Stud. Cercet. Neurol.*, 1968, *13*, 3, 193.
45. BOURDIER P., DAYMAS-LUGASSY S., FERMINE M. — *Gaz. méd. Fr.*, 1968, *75*, 12, 2 439.
46. BRAINERD H., MARGEN SH., CHATTON M. — Current diagnosis and treatment, Lange Publications, Los Altos, 1965.
47. BRASLĂ NATALIA — Corelații clinice, bioelectrice și pneumoencefalografice în psihopatii și stări psihopatoide. Teză de doctorat, I.M.F., București, 1972.
48. BRÂNZEI P. — Itinerar psihiatric, Edit. Junimea, Iași, 1975.
49. BRÂNZEI P. (sub red.) — Adolescență și adaptare, Edit. Junimea, Iași, 1974.
50. BRUGER A. — *Excerpta med. (Amst.)*, Sect. VIII, 1972, *25*, 3, 1163.
51. BUCUR E. G., COMĂNESCU SILVIA, CIOLAC A., ERACLIDE M., PALOȘ C., PAVELESCU S. — *Igiena (Buc.)*, 1972, *21*, 12, 719.
52. BUIES R. — *Laval méd.*, 1971, *42*, 1, 81.
53. BULANDRA R., SAFIRESCU SOLANGE — *Neurologia (Buc.)*, 1968, *13*, 6, 547.
54. BURDEA M., TUDORANU A., BURDUJA Z. — *Viața med.*, 1968, *15*, 21, 1 467.
55. BURGMEISTER G. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1 798.
56. CALSEYDE VAN DE P. — *Abbotempo'* 1967, 1, 2.
57. CARAPANCEA M., SIMIONESCU SILVIA, POPESCU P. M. — *Fiziol. norm. și pat.*, 1965, *11*, 5, 459.
58. CARAPANCEA M., POPESCU P. M. — *Fiziol. norm. și pat.*, 1966, *12*, 2, 179.
59. CARMICHAEL M. D. — *Excerpta med. (Amst.)*, Sect. VIII, 1960, *13*, 10, 4 780.
60. CEAUȘESCU NICOLAE — Cuvîntare la conferința națională a cadrelor și activului de partid din învățămîntul superior; 13 septembrie 1974, *România Liberă*, 1974, *32*, 9 297, 1.
61. CELERIER MARIE-CLAIRE — Évolution de la notion de dépression névrotique, teză, Paris, 1966.
62. CHAUDERLOT B. — *Neurologia (Buc.)*, 1972, *17*, 2, 129.
63. CHIRICEV A., PAVELCU V., ROȘCA A., ZÖRGÖ B. — Psihologia pedagogică, Edit. didactică și pedagogică, București, 1967.
64. CIOFU I., GOLU M., VOICU C. — Tratat de psihofiziologie, vol. I, Edit. Acad. R.S.R., 1978.
65. CIUREZU T., TIMOFTE GEORGETA — Medicamente psihotrope moderne, Edit. medicală, București, 1973.
66. COIRAULT P. — Agression et réanimation en neuropsyhiatrie. Masson et Cie, Paris, 1960.
67. COLIN V. — Povestea scrisului, Edit. tineretului, București, 1966.
68. * * * — Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroléptiques et thérapeutique psychiatrique, *Encéphale*, 1966, nr. spec.
69. COMES L., SAFTA L., HOTICO I. — *Produse farmaceutice*, 1978, p. 51.
70. * * * — A III-a conferință de psihiatrie cu tema „Recuperarea și asistența socială în bolile psihice", București, noiembrie, 1974.
71. * * * — V-e Congrés international d'hygiène et de médecine scolaire et universitaire, Prague, 1967.
72. * * * — Al II-lea Congres național de igienă, București, 1968.
73. * * * — Congresul național de științe medicale, Edit. Acad. R.P.R., București, 1957.
74. * * * — Al XIX-lea Congres național de neurologie, București, 1971.
75. CONSTANTINESCU ADRIANA — Eșecul universitar, cauze și manifestări. Lucrare de diplomă, Universitatea București, Facultatea de filozofie, Secția pedagogie, 1973.
76. CONTAMIN F., NICOLLE H. M. — *Encéphale*, 1963, *108*, 5, 495.
77. CORTEZ P., ALMĂJAN GABRIELA, DRAGULEA GABRIELA, NICULESCU E., GÜNS ALICE — *Neurologia(Buc.)*, 1972, *17*, 6, 495.
78. CRISP A. H. — *Hexagone*, 1977, *5*, 9, 9.
79. CRISP A. H. — *J. Int. med. Res.*, 1977, *5*, suppl., 4, 61.
80. CSIKY K., SZABÓ L., SZUCS K. — *Stud. cercet. neurol.*, 1964, *9*, 5—6, 447.
81. CUCLELIS N. — *Neurologia (Buc.)*, 1972, *17*, 1, 59.
82. * * * — Culegere de studii și monografii de neurologie: Edit. Acad. R.P.R., București, 1959.

Scanned with OKEN Scanner

131. FROMMER EVA — *Ciba Revue*, 1972, 7.
132. FROMMER EVA A. — *Hexagone*, 1978, *6*, 6, 1.
133. FUERSTNER G. P. — *West. Med.*, 1965, 6, 42.
134. FULLER L. J. — *Ciba Revue*, 1972, aug., 2.
135. FURRER L. W. — *Hexagone*, 1975, *3*, 3, 6; 1975, *3*, 4, 20; 1975, *3*, 5, 9.
136. GABERSEK V., GUILHOT J., JOBERT F. — *Rev. neurol.*, 1967, *117*, 1, 298.
137. GANONG F. W., — Review of medical physiology, Lange medical Publications, Los Altos, California, 1965.
138. GARONNE D. — Der psychiatrische Kranke in der Gesellschaft, Documenta Geigy, 1978.
139. GARONNE G. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1 778.
140. GEBELT H. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)*, 1963, Beiheft 1—2, 27.
141. GEISENDORF W. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1 777.
142. GENNES DE L. — Maladies des glandes endocrines, Masson et Cie, Paris, 1951.
143. GLESNER A. G. — *Viața med. (Buc.)*, 1958, *5*, 1, 1 039.
144. GLOOR P. A. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1 779.
145. GOLDMANN R. — *Excerpta med. (Amst.)* International Congress Series, 1966, 150.
146. GOLLI V. — *Igiena (Buc.)*, 1971, *20*, 3. 167.
147. GOLU M., DICU A. — Introducere în psihologie, Edit. științifică, București, 1972.
148. GORDON R. E., GORDON K. K.— *Excerpta med. (Amst.)*, *Sect.* VIII, 1960, *13*, 5, 2 627.
149. GRAMA D. — Preferința interpersonală, Elemente de psihosociologie aplicată, Edit. științifică, București, 1974.
150. GRECU G., MUNTEANU I. — *Neurologia (Buc.)*, 1972, *17*, 1, 49.
151. GRECU G., CSIKY K., MUNTEANU I. — *Neurologia (Buc.)*, 1972, *17*, 2, 109.
152. GROSS D. — *Hexagone*, 1979, *7*, 2, 8.
153. GROSS F. — Vom Nützen und Schaden der Arzneimittel. Verlag, Huber Hans, Bern-Stuttgart-Wien, 1977.
154. GUILLAUME C. A. — *Biol. méd.*, 1959, *48*, 2, 159.
155. GUREVICI O. M., SEREISCHI I. M. — Manual de psihiatrie. Edit. de Stat pentru literatura medicală, București, 1949.
156. GYERGAY F., MAROS T. — În: „Cercetări medicale", Edit. Acad. R.S.R., București, 1968, 213—244.
157. HALE R. — *J. Int. med. Res.*, 1977, *5*, suppl. 4, 92.
158. HARE R., WOOD K., BRITAIN S., SHADMAN J. — *Excerpta med. (Amst.)*, *Sect. VIII*, 1972, *25*, 3, 1 042.
159. HAYNAL A. — *Med. et Hyg. (Genève)*, 1970, 939, 1 787.
160. HEILMEYER L. — Fiziopatologie specială, Edit. medicală, București, 1968.
161. HELD R. — *Gaz. méd. Fr.*, 1968, *75*, 12, 2 469.
162. HENDERSON SIR D., GILLESPIE D. R. — Manuel de psychiatrie pour les étudiants et les praticiens, Presses Universitaires de France, Paris, 1955.
163. HEYCK H. — *Dtsch. med. Wschr.*, 1962, 87, 1 942.
164. HOFFER A., OSMOND H. — Comment vivre avec la schizofrénie, Flammarion et Cie, Paris, 1970.
165. HOLLMANN W., LIESEN R., ROST R., HECK H., PHILIPPI H. — *Med. Prisma*, 1978, 2.
166. HORIGUTI S., IDE Y. — *Excerpta med. (Amst.)*, *Sect. VIII*, 1965, *18*, 2, 1 305.
167. HORMANN H., MAINKA G., GUMMLICH H. — *Excerpta med. (Amst.)*, *Sect. VIII*, 1972, *25*, 1, 229.
168. HOWELLS J. — Modern perspectives in adolescent psychiatry, Oliver and Boyd Ltd., Edinburgh, 1971.
169. HOWELLS J. — *Hexagone*, 1976, *4*, 4, 16.
170. HUBER R. — *Ciba Revue*, 1975.
171. HUDELO A. — Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie, tome I, fasc. 17 017, 16.
172. * * * — The hypothalamus and central levels of autonomic function, Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1940.
173. IENIȘTEA O. — Nevroza astenică la studenții din Centrul Universitar București, Teză, I.M.F., București, 1972.
174. IENIȘTEA O. — Notă preliminară asupra rezultatelor obținute prin administrarea rezerpinei în diabetul zaharat la tineri. Comunicare la U.S.S.M., Filiala București, 28.IV. 1964.
175. IENIȘTEA O. — *Stud. Cercet. Neurol.*, 1970, *15*, 1, 3.
176. IENIȘTEA O. — *Viața med. (Buc.)*, 1970, *17*, 16, 727.
177. IENIȘTEA O. — *Igiena (Buc.)*, 1972, *21*, 12, 745.
178. IENIȘTEA O. — Dificultăți diferențial diagnostice cu implicații în expertizarea capacității de muncă a studentului nevrotic. Comunicare la simpozionul cu tema: „Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă în nevroze și decompensări psihopatice", București, 1972.
179. IENIȘTEA O. — *Neurologia (Buc.)*, 1974, *19*, 3, 261.

Scanned with OKEN Scanner

411. STAN MARIA — Probleme de endocrinologie în medicina internă, Edit. medicală, Bucureşti, 1967.
412. STARCK W. — *Ciba Revue*, 1977, 1.
413. STĂNCULESCU VIORICA — Nevroze şi stări pseudonevrotice în mediul universitar, Teză de doctorat, I.M.F. Cluj-Napoca, 1973.
414. STĂNCULESCU VIORICA — Rolul şi importanţa psihoterapiei scurte la studenţi, Comunicare la Conferinţa naţională de psihoterapie, Iaşi, 1970.
415. STĂNCULESCU VIORICA — Aspecte particulare ale stărilor nevrotice la studenţi, Comunicare la U.S.S.M., Filiala Cluj-Napoca, 1970.
416. STĂNCULESCU VIORICA — Consideraţii etiopatogenice actuale în teoria nevrozelor, Comunicare la U.S.S.M., Filiala Cluj-Napoca, 1970.
417. STĂNCULESCU VIORICA — Ancheta psihosocială în diagnosticul şi prognosticul stărilor nevrotice la studenţi, Comunicare la Conferinţa naţională de psihologie medicală, Cluj-Napoca, 1971.
418. STĂNCULESCU VIORICA — Perspectivă psihiatrică asupra problemelor sexualităţii la studenţi, Comunicare la U.S.S.M., Filiala Cluj-Napoca, 1971.
419. STĂNCULESCU VIORICA — Particularităţi ale consumului de medicamente neurotrope în asistenţa psihiatrică a studenţilor din Centrul universitar Cluj, Referat, Clinica de psihiatrie, Cluj-Napoca, 1972.
420. STĂNCULESCU VIORICA — Aspecte epidemiologice în asistenţa psihiatrică a studenţilor, Comunicare, Braşov, 1975.
421. STĂNCULESCU VIORICA — Etnopsihiatria universitară în perspectiva laboratorului de sănătate mintală, Comunicare la Simpozionul cu tema: „Profilaxia şi asistenţa afecţiunilor neuropsihiatrice la studenţi", Bucureşti, 1978.
422. STĂNCULESCU VIORICA, COLDEA V. — Erotica şi adolescenţa prelungită, Comunicare la Consfătuirea naţională cu tema: „Psihopatologia comportamentului sexual", Bucureşti, 1977.
423. STARCK P., TURK J. A., TOTTY C. W. — *Excerpta med. (Amst.)*, Sect. VIII, 1972, *25*, 1, 369.
424. STÉVENIN L., BENOIT J. C. — *Encéphale*, 1962, *51*, 5, 420.
425. STEWENS R. J. — *Excerpta med. (Amst.)*, Sect. VIII, 1960, *13*, 2, 726.
426. STOICA T. — Sexologie normală şi patologică, Edit. medicală, Bucureşti, 1970
427. STÖSSEL ST., OGODESCU D. — Omu şi universul informaţional, Edit. Facla. Timişoara, 1978.
428. STÖSSEL ST., LĂZĂRESCU M. — *Neurologia (Buc.)*, 1968, *13*, 1, 45.
429. * * * — Stress und Krankheit. XXIV. Therapiewoche, Karlsruhe, 27.VIII—2.IX. 1972, Refero. med., Bayer, sept. 1972.
430. STRÎMBU TR. T. — Date istorice privitoare la asistenţa de sănătate mintală la studenţi, Comunicare la Simpozionul cu tema: „Profilaxia şi asistenţa afecţiunilor neuropsihiatrice la studenţi", Bucureşti, 1978.
431. SULICĂ M., ROTH M. — Culegere de lucrări metodologice şi documentare, Bucureşti, 1958, vol. 4, 64.
432. ŞTEFAN MARGARETA — *Viaţa med. (Buc.)*, 1967, *14*, 8, 515.
433. ŞUTEU T., OZUN D. — Alegerea profesiunii, Edit. politică, Bucureşti, 1977.
434. TAESCHLER M., LOEW D. — *Acta pedopsychiat.*, 1965, *32*, 9, suppl. 1.
435. TĂNĂSESCU G. — *Viaţa med. (Buc.)*, 1967, *14*, 8, 505.
436. TĂNĂSESCU G. — *Igiena (Buc.)*, 1967, *16*, 11, 641.
437. TEODORU G. — Hormonii sexuali, Edit. medicală, Bucureşti, 1964.
438. THOMAZI J. — *Rev. Hyg. Méd. Soc.*, 1965, *13*, 3, 235.
439. THUREL R. — *Presse méd.*, 1963, *109*, 1, 58.
440. TISMĂNEANU ERMINA, BUCUR E. G., ZUGRAVU CECILIA, PAIS I., GĂINĂ D., ANGELESCU CORNELIA, FRUNZĂ V., NEGOIŢĂ MARIA, BOIANGIU M., ŢUNDREA M. — *Igiena (Buc.)*, 1972, *21*, 12, 731.
441. TOFFLER A. — Şocul viitorului, Edit. politică, Bucureşti, 1973.
442. TRIANTAFILLOPULO B. — *Excerpta med. (Amst.)*, Sect. VIII, 1960, *13*, 4, 2 083.
443. ULETT A. G., HEUSLER F. A., WORD V., WORD J. TH. — The first Hahnemann Symposium of psychosomatic medicine, Lea and Febiger, Philadelphia, 1962.
444. VAGUE J., SIMONIN R., COULOMB J. — *Rev. Prat. (Paris)*, 1961, *11*, 26, 2 607.
445. VALABREGA J. P. — La relation thérapeutique malade et médecin, Flammarion et Cie, Paris, 1962.
446. VASILICA FL. A. — Patogenia şi tratamentul ejaculării precoce, Lucrare de diplomă, I.M.F. Bucureşti, 1968.
447. VASILESCU N., CUCLELIS N. — *Neurologia (Buc.)*, 1966, *11*, 1, 27.
448. VELOK G., PASSOUANT P., CADILHAC J., BALDY-MOULINIER M. — *Rev. neurol.*, 1968, 119, 3, 269.
449. VEREANU I., DIMITRIU C. — *Medicina interna (Buc.)*, 1966, *21*, 4, 395.
450. VLAD T., VLAD C. — Psihologia şi psihopatologia comportamentului, Edit. militară, Bucureşti, 1978.

Scanned with OKEN Scanner

Summary

The present work — Emotional difficulties in young people — sums up the author's experience in the course of fifteen years activity in the out-patient neuropsychiatric section of the Students' Hospital, experience confronted with publications concerning the problem of the contemporary student and his mental health. This theme on the prevention of mental strain in this category of youths, necessitated incursions into numerous anthropologic spheres, contributing to the diversification and richness of the informational content of the volume. The author has endeavoured to present a work whose contents will be of utility and interest to physicians working in the field of the health protection of students, as well as to clinicians and general practitioners concerned with the health of our youth, particularly neuropsychiatrics, psychologists, sociologists, teachers, the didactic staff and other specialists preoccupied by the mentality and health of our youth.

The first part of the volume is concerned with the somatopsychical particularities of contemporary youth and the aspects that differentiate them from the preceding generations, insisting on the acceleration of somatic development and, along psychological lines, on the mentality, attitude and behaviour which characterizes the present generation. The changes which contemporary youths undergo are considered to be the consequence of the transformations taking place in the ecologic and sociocultural environment, as well as the result of the indirect influence of these transformations upon the parents' way of bringing up their children, and their tendency to protect them excessively.

On speaking about the problem of contemporary youths one might qualify it as „surprising" if one takes into consideration the discrepancy between their precocious biological maturity and their protected adolescence brought about by the increased duration of professional schooling involving prolonged economic dependence, a professional status in „the making" and a social status „in suspension".

The student, maintaining along somatic lines a neuro-endocrine-autonomic lability similar to that of adolescence will extend psychologically due to the specific of his work and style of life, the mentality and attitude of adolescence, because with his post-adolescence university studies he concomitantly passes through his own developmental stage, his affective and psychosocial maturation from which his personal characteristics will emerge.

For a better understanding of the transformation which a youth undergoes, the author brings arguments lending support to the increased strain to which man's capacity to adapt himself to contemporary life is subjected. The mental strain of our life today is also reflected by the change in the structure of morbidity, including a significant increase during the last decades in the incidence of psychosomatic diseases, neuroses and psychoses, with a high psychogenic coefficient. The author also shows that the increased propor-

tion of psychiatric diseases demonstrates the maladjustment or lack of adaptation of school children and students, who present higher morbidity rates than those of other youths of comparable age. New aspects in study-health risks and maladjustment or lack of adaptation proper to the student and reflecting the pathoplastic character of the university medium, have been revealed and identified by the special branch of psychiatry concerned with medical aspects in the life and education of the student. Although these adaptive failures of neurotic or subneurotic intensity may be transient, relapses will bring about deviant personalities, with scholastic failure and dropouts, or even social maladjustment.

After a brief outline of the student's occupational activity, the author discusses the modern outlook concerning the relationships between school and student which postulates not only the adjustment of youth to college but also of the college to youth's particularities. In Romania, where problems in this connection are considered of first importance, marked progress has been made after adapting the concept of the integration of education, research and production, implemented by a corresponding material basis.

Health concepts and present trends in medicine, dominated by the idea of the prevention of disease, and the way in which this is reflected in the organization of medical assistance for the population in general and for the somatic and mental health of students in particular, complete the preliminary data required for further study of the student's situation and his problems in the contemporary world of today.

Part I ends with a chapter on the scope of the investigations, the methods and the material used, which represents the statistical basis of the author's comments on the aetiopathogeny, clinics, treatment and prevention of the student's neurotic and infraneurotic maladjustment. The study included several thousand cases of adaptive failure from which 1400 neurotic subjects were selected and followed up clinically on average 28 months.

Part II refers to the author's cases and to the data published in the speciality literature; it begins by describing several of the aspects of neurological and psychiatric morbidity recorded during ten university years. Of the total number of new cases 81.4% were of psychiatric origin and only 10.6% of neurologic origin; the peak incidence of failures coincided with the period of examination.

Statistical analysis of the 1400 selected cases showed that the onset of maladjustment in 58.4% of the 700 constituted neurosis cases and 16% of the 400 cases of mental strain syndrome actually occurred before the university studies started.

The author then discusses the aetiology of maladjustment in the cases studied, interpreting the data in the light of his experience and of published works. No relationship was found between sex and the prevalence of adaptive risk, but psychological age appeared to play a more important role in maladjustment than biological age. In contrast, all the factors in the subject's past history that contributed to the building up of his somatopsychical structure and especially his neurotic „threshold", exercised a significant influence, facilitating the onset of neurotic failure and determining its mode of evolution. This is supported by the high incidence of a deficient family climate in childhood in 65.2% of the students with constituted neurosis, 43.7% of students with a neurotic reaction and 34% of those with a mental strain syndrome.

Among the present risk factors, the somatogenic factor (65%) and the divergence between vocation and the profile of the faculty the student has entered at (26%) have contributed to his maladjustment; but no less harmful are the defects in the organization of the curriculum — an overloaded time table and analytical programme, etc. — and inadequate ortho- and psychopedagogical methods.

The aetiologic factors themselves, separated into „university" and „extrauniversity" were both involved in most of the cases of adaptive failure, i.e. 70.9% of the youths with constituted neurosis and 46.7% of those with acute maladjustment. When a single factor is implicated it is as a rule „extrauniversity" nature in the mental strain syndrome.

Our findings concerning the aetiology of neurotic maladjustment in students demonstrates that this category is no exception to the general rule according to which the major factor in the onset of neurosis are the subject's background and personal problems. The peculiarities of the case are due to the fact that the student is passing through a period of maturation of his personality in the course of which his ideal image of the world is confronted with reality, with his tendency to find the partner of his life, which merge with the interests and strain of his education. Health risks may develop against this background. In this connection one must understand the pathoplastic potential of the environment and of university activity, with the possible recrudescence of „latencies" and adaptive failure.

The mode of intervention of these risk factors is schematically represented by a model including the hypothetical psychodynamic mechanisms of the „precipitating status" which precedes the examination sessions, and the probable pathogenic mechanisms involved in the double failure — of exams and of adjustment. Three different important aspects

Scanned with OKEN Scanner

are discussed: the difference between the student's real strain (actual strain) and the theoretical strain (the given strain) established along educational lines; the central position of emotional tension in the mechanisms of the precipitating status; and the intimate correlation between neurotic failure and educational failure, explained by the circulary character of the mechanisms involved.

In the student neurotic maladjustment is characterized by the intricacy of the adult's neurotic symptoms with those characteristic of adolescent neurosis; a polymorphous, proteiform clinical picture is the result. Subjective complaints concomitantly reflect the occupational dominant, symptoms such as the dificulty to concentrate, to learn, the inhibition or phobia of exams, fluctuating motivation for study, surprising changes in vocation, the sentiment of professional failure, etc. are common assets. Another poignant aspect is the high incidence of somatic disturbances that accompany the psychical symptomatology, dysfunctions attributed to the functional lability of the diencephalic turntable These disturbances demand particular attention in view of their retroactive effect upon the psyche of youth and preparation of a terrain favourable to the onset of disease.

A positivé and differential diagnosis must take into account both the significance of a correct nosologic classification of neuroticdisturbances and the basic and technical elements of the diagnosis. Emphasis is laid on the importance of differentiating between neurosis and psychopathies, especially psychoses with a neurotic-like onset, the infraneurotic dead-lock as well as extreme manifestations at the limit of the normal in adolescence. The basic elements of the diagnosis include the student's somatopsychical constitution, the degree of his maturity, his entire psychical and biologic experience involved in the configuration of the terrain.

The student's actual situation — personal, educational, familial, social, etc. are placed against this background, using as reference not the adult, but the contemporrary normal student. Finally, his complaints and the objective signs are analyzed. Follow up to the development of these disturbances and of the process defining the patient's personality, is the basic condition for a correct final diagnosis.

Lending support to the above arguments are also the clinical forms which neurotic maladjustment took on in the lot studied. Thus, anxiety was dominant in 33.6% of cases, obsession or phobia in 20%, depression in 17% and atypical aspects in 6.7%. Analysis of the cases also revealed a parallelism between the incidence of the combined, polymorphous forms and the gravity of the adaptive failure found in 44.3% of the students with constituted neurosis, 29.3% of those with a neurotic neurosis and only 5.8% of the group with a mental strain syndrome.

The chapter on treatment sums up the basic principles of the therapy adopted in the nervous disturbances of students. Foremost in the hierarchy of therapeutical means is psychotherapy and recommendations concerning hygiene and mental health, individualized according to the student's personality and situation. Chemotherapy is only reserved for severe cases and the periods of peak university activity — before and during exams — therefore in the course of „emergency states". The neurotic student in advised to try and regain his balance during the holidays by natural means and not to resort to drugs. The medication prescribed in special states should be addressed both to the mental and the somatic symptoms. The doses and duration of the treatment are established in terms of the gravity of the symptoms, also bearing in mind the side effects upon the student's learning ability and comprehension, and the psychogenic coefficient inherent to prolonged chemotherapy. Hospitalization, compulsory if there exists a risk of suicide, is recommended only in the cases in which the disturbances are refractory to ambulatory treatment, or when the diagnosis must be checked. Finally the author underlines the psychopreventive character of short medical sick leave, but also the risks involved by interrupting for longer intervals the student's university studies.

Analysis of the evolution of the cases studied showed that one should never minimalize the significance of the onset of a neurotic maladjustment syndrome; recoveries and improvement do not exceed 35% in neurosis vera and 80% in acute maladjustment, with aggravation in 35.6% of the former and 3.9% of the latter. Moreover, it has been noted that graduation does not lead to disappearance of the neurotic disturbances in more than 2/3 of the students with neurotic reactions or mental strain syndrome.

The prognosis is discussed in the light of these data. The fact that in 60% of the patients recurrences have been recorded demonstrates that a possible aggravation cannot always be foreseen. The prognosis must therefore be established with certain reserves, especially the remote prognosis. A prognosis implies taking into consideration the clinical picture, the degree of maturity of the patient, the dynamics of this scholarly results and the entire complex of factors that favour or trigger adaptive failure. The importance of including scholarly performance in assessing the prognosis is underlined by the interdependance between neurosis and scholastic failure. A proportion of 10.8% of the students with neurosis

Scanned with OKEN Scanner

and 5.6% of those with acute maladjustment syndrome gave up their university studies. The proportion of those who had to repeat the year rose to 45.1% among the former and 26.4% among the latter. The inverse relationship (scholastic failure-neurosis) is demonstrated by the 13.1% students whose failure at the exams figured among the causes determining maladjustment.

The last chapter deals with prevention, that is with the principles, tactical approach and methods indicated for maintaining the student's mental health. The measures described concern the problems raised by adjustment of the student to his environment and scholarly requirements, to the means of increasing the student's capacity of self defence against risk factors. Mention is also made of the role of the doctor, of the health units for the student population and of many of the factors involved in the education of these youths.

The severe consequences of maladjustement and failure which may jeopardize healthy development of the student's personality and his future integration in life and his profession, emphasizes the importance of applying the norms of hygiene and psychoprophylaxis in the organization and functioning of higher education. This can only be achieved by the conjoined team activity of psychiatrist, neurologist, psychologist, and health asistants, and the concerted effort of the officials responsible for higher education.

Scanned with OKEN Scanner